

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E. A. P. DE NUTRICIÓN

**Conocimientos y prácticas maternas sobre la
alimentación durante la enfermedad diarreica aguda
en niños que acuden a una Unidad de Rehidratación
Oral según edad y nivel de educación de la madre -
Lima 2010**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Nutrición

AUTOR

Miriam Consuelo Valerio Cristóbal

ASESOR

Lic. Sissy Espinoza Bernardo

Lima – Perú

2012

DEDICATORIA

El esfuerzo y dedicación que he puesto en esta tesis va dedicado a mis padres: Aurelia Cristóbal y Pedro Valerio, por su comprensión y apoyo constante en todos estos años de estudio.

A todos los niños y niñas peruanas menores de 2 años, en especial a aquellos de zonas periurbanas y rurales, los que, frente a las adversidades de la vida, siendo muchas de ellas evitables, se convertirán en los próximos actores de desarrollo de sus comunidades.

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme vida y por permitirme tener a mis padres, los cuales desde niña me han inculcado honestidad, responsabilidad, paciencia, y me han permitido realizar y culminar la presente investigación.

A la Lic. Patricia Palomo Luck, por haberme guiado desde el primer momento para la realización de la tesis, por su dedicación y apoyo durante el internado.

A mi asesora, la Lic. Sissy Espinoza Bernardo, por su valioso aporte, su dedicación y paciencia.

Al Dr. Dante Figueroa Quintanilla, Jefe de la URO del INSN, por haber permitido realizar la investigación con todas las facilidades y por sus valiosas sugerencias.

A las Licenciadas Zoraida y Magali, y a las técnicas de enfermería de la URO del INSN, por haberme brindado, muy amablemente, las facilidades para la aplicación de mis encuestas.

A las Licenciadas de Nutrición de la Escuela, porque de cada una he aprendido, no solo la parte académica sino también la parte humana, lo cual ha influido en mi formación y desempeño profesional y personal.

A los jurados de tesis, Lic. Carmen Villareal, Ivonne Bernui y Susana Aniceto por sus valorables sugerencias los que contribuyeron al mejoramiento y ordenamiento del presente trabajo.

INDICE

RESUMEN	01
I. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	
1.1 Antecedentes.....	03
1.2 Objetivos.....	07
II. MATERIAL Y MÉTODOS	
2.1 Tipo de estudio.....	07
2.2 Población.....	07
2.3 Muestra.....	08
2.4 Definición de variables.....	09
2.5 Técnicas e instrumentos.....	10
2.6 Recolección de datos.....	11
2.7 Análisis de datos.....	11
2.8 Ética de estudio.....	11
III. RESULTADOS	
3.1. Características generales.....	12
3.2. Conocimientos de las madres sobre la alimentación del niño durante la EDA.....	16
3.3. Prácticas maternas sobre la alimentación del niño durante la EDA.....	21
3.4. Nivel de conocimientos y prácticas maternas sobre la alimentación del niño EDA, según la edad y nivel de educación de la madre.....	28
IV. DISCUSIÓN.....	29
V. CONCLUSIONES.....	33
VI. RECOMENDACIONES.....	33
VII. BIBLIOGRAFÍA.....	34
ANEXOS	
GLOSARIO DE TERMINOS	

Resumen

Introducción: Los niños y niñas menores de 3 años de los países en vías de desarrollo presentan un promedio de tres episodios diarreicos por año, la prevalencia es mayor en los quintiles inferiores de riqueza; cada episodio priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento, llevándolo a la desnutrición y a un sistema inmune deprimido, principalmente por un inadecuado manejo de la alimentación durante la enfermedad.

Objetivo: Determinar los conocimientos y las prácticas maternas sobre la alimentación del niño durante la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) según la edad y el nivel de educación de la madre durante los meses de febrero a marzo del 2010. **Diseño:** Estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo comparativo, transversal, observacional y prospectivo. **Lugar:** Unidad de Rehidratación Oral (URO) del Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), Lima- Perú. **Participantes:** Madres de niños y niñas menores de 24 meses que presentaban EDA. **Intervenciones:** Se entrevistó a 125 madres, a partir de un muestreo no probabilístico por cuotas. Se usó la prueba χ^2 para la comparación de proporciones con un nivel de confianza del 95%. **Principales medidas de resultados:** La mayoría de madres tuvieron conocimientos deficientes (83.2%) y prácticas inadecuadas (96.8%) sobre la alimentación del niño durante la EDA. **Resultados:** Se encontró diferencias significativas en: conocimientos maternos con el nivel de educación de la madre, relacionado a la importancia del Suero de Rehidratación Oral (SRO) y suero casero ($p=0.004$), y su frecuencia de administración ($p=0.02$); también se encontró diferencias significativas en prácticas maternas con la edad de la madre, con respecto a los alimentos que se restringen ($p=0.04$) y empleo de "remedios caseros" ($p=0.03$). **Conclusiones:** A nivel global, los conocimientos y prácticas de la alimentación del niño durante la EDA no se encontraron diferenciados con la edad y el nivel de educación de la madre; sin embargo, en el análisis particular de estas variables sí se encontró diferencias significativas en varios indicadores.

Palabras claves: Conocimientos y prácticas en salud, alimentación complementaria, diarrea infantil, edad materna, educación primaria y secundaria.

Abstract

Background: Children under 3 years of the developing countries have an average of three episodes of diarrhea per year, with peaks in the lower quintiles of wealth; each episode deprives the child of nutrients needed for growth, leading to malnutrition and a depressed immune system, mainly due to improper handling of food during the illness.

Objective: Determiner maternal knowledge and practices about child feeding during Acute Diarrheal Disease (ADD) by age and educational level of the mother fein the February to March of 2010. **Design:** A quantitative approach, descriptive, comparative, observational, and prospective **Location:** Unit of Oral Rehydration Solution (URO) National Institute of Child Health (INSN), Lima-Peru. **Participants:** Mothers whose children under 24 months had ADD. **Interventions:** 125 mothers were interviewed, from a non-probability quota sampling. Chi2 test was used for comparison of proportions with a confidence level of 95%. **Main outcome measures:** Most mothers had poor knowledge (83.2%) and inappropriate practices (96.8%) on infant feeding during the ADD. **Results:** Significant differences were found: maternal knowledge with the level of maternal education, related to the importance of oral rehydration serum (ORS) and oral rehydration therapy ($p = 0.004$), and frequency of administration ($p = 0.02$), also found significant differences in maternal practices with maternal age, with respect to foods that are restricted ($p = 0.04$) and use of "home remedies" ($p = 0.03$). **Conclusions:** Globally, knowledge and feeding practices of children during acute diarrheal illness were associated with age and educational level of the mother, however, in particular analysis of these variables if an association was found in several indicators.

Keywords: knowledge and health practices, complementary feeding, infant diarrhea, maternal age, primary and secondary education.

I. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las enfermedades diarreicas constituyen uno de los problemas más relevantes de morbilidad y mortalidad en los niños menores de 5 años de los países subdesarrollados de Asia, África y América Latina y un factor importante de desnutrición¹. Casi todas las muertes se observan en menores de 5 años, y ocurren en países en desarrollo donde la mayor letalidad se asocia con factores socioeconómicos, desnutrición y un manejo inadecuado de los episodios diarreicos. Cada año, se producen unos dos mil millones de casos de diarrea en todo el mundo, siendo la incidencia global de 9 a 15 episodios/niño/año².

Los niños menores de 3 años de los países en desarrollo presentan una media de tres episodios diarreicos por año, cada episodio priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento, por ello se considera a la diarrea como una importante causa de desnutrición, así mismo los niños malnutridos son más propensos a enfermarse de esta enfermedad^{3,4}.

La prevalencia de diarrea es mayor en niños del quintil inferior de riqueza y en edades de 6 a 11 meses; es en este periodo en el que se da el proceso de alimentación complementaria y que sumado a una manipulación inadecuada de los alimentos, condiciones higiénico-sanitarias deficientes, falta de conocimiento de los padres o de los responsables del cuidado de los niños con respecto al manejo e identificación de signos de alarma del niño con diarrea, van a favorecer el deterioro de la salud del niño y la prevalencia de la enfermedad^{5,6}.

En el Perú la Enfermedad Diarreica aguda (EDA), constituye un problema de salud pública, siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la niñez, especialmente en los menores de dos años⁷. En el año 2009, las EDAs afectaron al 18.0% de los niños menores de 3 años, mientras que en el año 2010 este porcentaje se incrementó en casi un punto porcentual (18.9%)⁸.

1.1. Antecedentes

El escano G.⁹ (1976), realizó un estudio en Perú, sobre conocimientos y cuidados maternos sobre la diarrea y vómitos en niños menores de 5 años, encontrando un 75% de madres que adoptaron como primera medida la suspensión de todo tipo de leche.

Briceño M.¹⁰ (1991) por su parte, en un estudio sobre conocimientos y prácticas alimentarias en madres de niños menores de 3 años con diarrea aguda, halló deficiencias en conocimientos sobre: necesidad de continuar consumiendo leche evaporada y/o en polvo (94%), mantenimiento de la lactancia materna (91%), importancia de la alimentación durante la enfermedad (80%), incremento de la dieta en la etapa de convalecencia (64%) y retiro de alimentos perjudiciales de la dieta del niño (57%); mientras que un 52% de madres tuvieron conocimientos favorables sobre la administración de otros líquidos al niño además de la leche materna. En prácticas, las deficiencias encontradas fueron: preparación inadecuada (91%), retiro de frutas ácidas, comidas grasosas, comidas condimentadas y verduras (71%), suspensión del suministro de leche evaporada y/o de polvo (68%). Por otro lado, los aspectos favorables encontrados fueron: mantenimiento de la lactancia materna (100%), suministro de líquidos en mayor cantidad (67%), preparación de una dieta especial (88%) y aumento de la alimentación del niño en la etapa de convalecencia (64%); finalmente la gran mayoría de madres ofrecieron alimentación tanto líquida como sólida a sus niños durante la enfermedad (90%). Ese mismo año **Aguilar D.¹¹ (1991)**, realizó un estudio sobre el nivel de conocimientos de las madres en cuanto al tratamiento y prevención de la diarrea aguda del lactante, hallando un 30% con conocimientos favorables, el cual se vio asociado a una mayor escolaridad de la madre, mas no a la edad.

Ávila G.¹² (1997), realizó un estudio en Honduras con el objetivo de determinar los conocimientos y prácticas de las madres de niños menores de 2 años sobre nutrición infantil, enfermedades diarreicas y respiratorias, donde encontró que durante el episodio diarreico el 82% las madres seguían dando leche materna con la misma frecuencia o más de la acostumbrada a sus niños, no sucediendo lo mismo con otros líquidos y alimentos sólidos.

Alvares S.¹³ (1998), realizó una investigación en México sobre prácticas empleadas por madres cuando sus niños presentaban episodios de diarrea; encontrando un 33% de madres que empleaban las Sales de Rehidratación Oral (SRO) en cada episodio diarreico.

Cervantes I.¹⁵ (1999), llevó a cabo un estudio en Cuba con la finalidad de evaluar el conocimiento sobre la enfermedad diarreica y su prevención en madres de niños menores de 1 año de una institución de salud, no hubo madres que restringieron la

lactancia materna y casi todas conocían la forma de preparación, administración y uso de las SRO (99.2%).

Gutiérrez C¹⁴, et al. (2000), posteriormente realizó una investigación en México a madres de niños con diarrea que acudían a un hospital infantil, y halló que el 64% de madres conocían que se debe de continuar la alimentación habitual del niño y sólo el 35% señalaban que se debe de incrementar la frecuencia de administración de los alimentos.

Montoro F.¹⁶, et al.(2001), realizó un estudio en Etiopía con el objetivo de conocer las prácticas de las madres sobre el tratamiento de la diarrea de sus niños; con respecto a las prácticas alimentarias, se encontró que más del 50% de madres restringieron el consumo de líquidos, el 70% disminuyeron o suspendieron la ingesta de alimentos y sólo el 20% administraron líquidos con SRO o con cereales; en general, el 27% de madres tenían conocimientos suficientes sobre la enfermedad.

Pérez K.¹⁷ (2003), realizó una investigación en Venezuela con madres de lactantes con diarrea aguda, con el objetivo de determinar sus hábitos dietéticos durante dicha enfermedad; en donde encontró que sólo el 43% recibieron lactancia materna, el 45% habían suspendido la alimentación habitual, y los alimentos mayormente empleados, fueron: leche evaporada(59%), azúcar, tubérculos, bebidas energéticas(54-57%) y las SRO(74%), por lo que se concluyó que las madres de este estudio tenían inadecuadas practicas alimentarias.

Vanderlei C., y Silva A¹⁸ (2004) , realizaron un estudio de casos y controles en Brasil, con el objetivo de evaluar ,entre otros aspectos, el tratamiento de la diarrea aguda en madres de niños menores de 2 años; encontraron que la mayoría de madres de ambos grupos: madres de niños hospitalizados por complicaciones de la diarrea (Grupo casos) y de niños con diarrea no hospitalizados(Grupo control), no tenían conocimientos suficientes sobre la utilidad de las SRO en la prevención y el tratamiento de la deshidratación (71 %).

Reyes y Rey¹⁹ (2006), realizaron posteriormente otra investigación en Cuba, en la cual encontraron que el principal tratamiento dado por las madres a sus niños con diarrea aguda, fue el uso de las SRO (70%), mientras que los alimentos principalmente restringidos fueron: el huevo (94%), pescado (92%), fórmulas infantiles (67%), verduras

(60%) y carne (40%); en general, los conocimientos sobre las enfermedades diarreicas agudas y su prevención, fueron insuficientes en el 44% de madres.

López V.²⁰ (2008), llevó a cabo un estudio en Nicaragua con el objetivo de identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres de niños menores de 5 años con diarrea aguda, halló que el 63% de las madres tenían buenos conocimientos sobre el manejo de diarrea, mientras que el 48% tenían prácticas adecuadas; en esta última se encontró mayores debilidades en las prácticas relacionadas a la alimentación. Por otro lado, se encontró que podría haber una relación inversa entre conocimientos y prácticas ya que las madres que tenían buenos conocimientos no necesariamente tenían buenas prácticas, además, no encontró relación entre la escolaridad de la madre y el nivel de conocimientos y prácticas sobre la diarrea.

En la **Encuesta Demográfica y de Salud Familiar²¹ (ENDES Continua 2010)**, se encontró que durante la diarrea de niños menores de 5 años, el 32.2 % de madres usaron paquetes de SRO, siendo usado en menor proporción por madres con menor nivel de educación; un 12.9% emplearon la solución casera (Suero Casero), 57.4% incrementaron el consumo de líquidos en general, 47.3% mantienen y un 4.6% incrementan la cantidad de los alimentos sólidos, encontrándose en este último una mayor proporción de madres con un menor nivel de educación(5.6%); en cuanto al conocimiento de las SRO, se observó que un 69.1% de madres las conocían, este porcentaje fue mayor en madres mayores de 24 años y con un mejor nivel de educación.

En el Perú, en los últimos 20 años no se han encontrado publicaciones de investigaciones similares, referente a los conocimientos y prácticas maternas sobre la alimentación durante la diarrea aguda del niño; actualmente es parte de la Agenda Nacional de Investigación en Desnutrición Infantil del gobierno²², por tanto esta investigación pretende contribuir a ello y dar a conocer a todos los involucrados, profesionales de la salud y la comunidad, la situación actual de este grupo de madres de Lima Metropolitana y servir como referencia para futuras investigaciones.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General:

- Determinar los conocimientos y las prácticas maternas sobre la alimentación durante la EDA en niños y niñas menores de 24 meses que acuden a la URO del ISN según edad y nivel de educación de la madre durante los meses de febrero a marzo del 2010.

1.2.2. Objetivos específicos:

- Establecer el nivel de conocimientos de las madres sobre la alimentación de niños y niñas menores de 24 meses con EDA que acuden a la URO del ISN durante los meses de febrero a marzo según edad y nivel de educación de la madre.
- Identificar las prácticas de las madres sobre la alimentación de niños y niñas menores de 24 meses con EDA que acuden a la URO del ISN durante los meses de febrero a marzo según edad y nivel de educación de la madre.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. Tipo de estudio.

El estudio tiene un enfoque cuantitativo de tipo **descriptivo comparativo**²³, **transversal**, **observacional**, y **prospectivo**.

2.2. Población.

La población estuvo conformada por las madres y/o cuidadoras de niños menores de 24 meses de ambos sexos con diagnóstico presuntivo y/o definitivo de EDA que ingresaron al servicio de la URO del ISN durante los meses de febrero a marzo del 2010.

2.3. Muestra.

El tamaño de la muestra fue de 125 madres o personas encargadas del cuidado de niños y niñas menores de 24 meses con diagnóstico presuntivo y/o definitivo de EDA que ingresaron a la URO durante los meses de febrero a marzo del 2010. Para ello se utilizó la fórmula de proporciones para una población finita:

Tamaño población	$N = 446$ (promedio mensual)
Nivel de Confianza (95%)	$Z^2 = (1.96)^2$
Prevalencia	$p = 70\%$
1-Prevalencia	$q = 30\%$
Error	$d^2 = (0.07)^2$
	$n = 120$

El método de muestreo usado fue el muestreo no probabilístico por cuotas.^{24,25}

Características de la muestra: Madres y/o cuidadoras de niños y niñas menores de 24 meses con un tiempo mínimo de enfermedad de 24 horas, anterior a la aplicación del cuestionario.

2.4. Definición de variables.

CUADRO Nº 1. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Edad de la madre	Número de años cumplidos a la fecha de aplicación del estudio.	---	Edad materna menor o igual a 24 años(Grupo A ¹) Edad materna mayor a 24 años (Grupo A ²)
Nivel de educación de la madre.	Grado de instrucción o escolaridad de la madre al momento de la ejecución del estudio.	---	Secundaria incompleta a menos(Grupo B ¹) Secundaria completa a más(Grupo B ²)
Conocimientos de las madres de niños menores de dos años sobre la alimentación durante la EDA.	Información y conceptos que tienen las madres sobre la alimentación del niño con EDA.	Conocimientos sobre la alimentación del niño Conocimientos sobre la administración de líquidos como parte de la Terapia de Rehidratación Oral (TRO) del niño	- Frecuencia de tomas de lactancia materna y/o fórmula - Dilución de la leche - Cantidad de comida - Preparaciones brindadas al niño. - Alimentos excluidos o restringios durante la enfermedad. - Importancia del SRO o suero casero - Frecuencia del SRO o suero casero - Componentes del suero casero - Consumo de líquidos. - Remedios alternativos(caseros)
Prácticas de las madres de niños menores de dos años sobre la alimentación durante la EDA.	Respuestas y acciones realizada por la madre para alimentar a su niño con EDA, hasta el momento de la investigación.	Prácticas sobre la alimentación con Lactancia Materna Exclusiva (LME) y/o lactancia artificial del niño menor de 6 meses Prácticas sobre la administración de líquidos como parte de la TRO del niño menor de 6 meses Prácticas de alimentación con Lactancia Mixta o alimentación complementaria del niño mayor de 6 meses Prácticas sobre la administración de líquidos como parte de la TRO del niño mayor de 6 meses	- Frecuencia de LME y/o artificial. - Consistencia de la fórmula. - Líquidos que ofrece durante la diarrea - Frecuencia de líquidos - Forma de administración de líquidos - Frecuencia de Lactancia materna y/o fórmula - Dilución de la leche -Tipo de comida - Cantidad de comida que ofrece -Frecuencia de comidas -Tipo de alimentos - Alimentos que evita darle al niño - Líquidos que ofrece durante la diarrea - Frecuencia de administración de líquidos - Forma de administración de líquidos

2.5. Técnicas e instrumentos.

Para el recojo de la información, se elaboró un cuestionario sobre la alimentación del niño durante la diarrea y la administración de líquidos (Anexo N° 2), dos aspectos fundamentales para un adecuado manejo de la enfermedad. Dicho instrumento está dividido en dos partes, la primera conformada por 15 preguntas para los conocimientos, y la segunda por 17 preguntas para las prácticas, todas ellas relacionadas a la alimentación y la administración de líquidos al niño.

El instrumento fue validado por juicio de expertos, para lo cual se consultó con 8 jueces, siendo 2 de ellos médicos del INSN, uno de ellos Jefe de la URO y otro investigador en el área, de la misma institución; para su respectiva validación se utilizó la prueba binomial cuyo valor p fue de 0.042, significando válido para los jueces, con una concordancia del 89% (ANEXO N°1). Cabe mencionar que se tomó en cuenta las sugerencias dadas para mejorar el instrumento; luego se procedió a realizar una prueba piloto con 10 madres que acudieron a la URO, las apreciaciones de estas fueron positivas, comprendían las preguntas y los ítems señalados, no observándose mayores diferencias en el cuestionario. El cuestionario final fue aplicado a las madres mediante una entrevista (ANEXO N° 2).

El valor del puntaje de cada una de las preguntas del cuestionario fue de la siguiente manera: para conocimientos y prácticas, cada ítem contestado correctamente tuvo una puntuación de 1, si fue contestado parcialmente 0.5 puntos, y si la respuesta fue incorrecta o no sabían tuvo un puntaje de cero. A la pregunta número 17 de prácticas no se le valorizó con un puntaje pues fue principalmente informativa para la investigación.

En cuanto a los ítems o preguntas correspondientes a **conocimientos**, la calificación total fue de la siguiente manera:

- Adecuado: Más de 7.6 - 15 puntos (Más de 50%)
- Deficiente: De 0 a 7.5 puntos (Hasta el 50%)

En lo que corresponde a las preguntas de **práctica**, la calificación fue la siguiente:

- Adecuado: Más de 9 - 16 puntos (Más de 50%)
- Inadecuado: De 0 a 8 puntos (Hasta el 50%)

2.6. Recolección de datos.

Las entrevistas se realizaron en el ambiente de la URO del INSN (Lima-Perú), mientras los niños recibían Terapia de Rehidratación Oral (TRO) con la ayuda de sus madres y el personal de enfermería de dicho servicio; cada entrevista tuvo una duración promedio de 20 minutos. Un factor limitante durante toda la aplicación de las encuestas fue la preocupación de la madre por la salud del niño, pues hubo encuestas que se suspendieron o prolongaron más del tiempo estimado.

2.7. Análisis de datos.

Previo al procesamiento de la información, se procedió a la limpieza, verificación y digitación de datos; luego la información fue registrada en una base de datos creada en Microsoft Excel 2010.

Los datos fueron sometidos a un análisis descriptivo, de frecuencias, porcentajes y tablas mediante el programa Microsoft Excel 2010. Así mismo, se aplicó una estadística inferencial, prueba χ^2 , a pesar de no contar con una muestra aleatoria, con la finalidad de determinar diferencias significativas de la edad y el nivel de educación de la madre con la variable conocimientos y prácticas maternas sobre la alimentación de sus niños durante la EDA, con un nivel de confianza del 95%; para ello se utilizó el programa estadístico Epi Info versión 3.5.3 (StatCalc).

2.8. Ética de estudio.

Previo a la entrevista se informó a cada madre u otra persona encargada del cuidado del niño sobre el motivo, la justificación, la confidencialidad y los beneficios que se obtendrán con su participación en la investigación, por medio de un consentimiento informado (Ver Anexo N° 3); todas las madres y las encargadas del cuidado del niño que asistieron en las fechas de recojo de datos, durante los meses de Febrero a Marzo, decidieron participar voluntariamente del estudio.

III. RESULTADOS

Se ejecutaron 125 encuestas satisfactoriamente, de las cuales 121 fueron aplicadas a las madres y 4 a otros familiares, entre abuelas y tías, responsables del cuidado de los niños con EDA que ingresaron a la URO en los meses de Febrero y Marzo del 2010.

3.1. Características generales.

Las características generales de las entrevistadas se detallan en el **Cuadro Nº 2; con respecto a la edad**, un poco más de la mitad fueron mayores de 24 años (64%) y en cuanto a su **nivel de educación**, la mayoría contaban con secundaria completa a más (74%).

Respecto al **distrito de residencia**, como se aprecia en el **Cuadro Nº 2**, las entrevistadas provienen principalmente de los distritos del Cono Este, como son: San Juan de Lurigancho y el Agustino, seguido por los distritos del Cono Norte: San Martín de Porres, Los Olivos y por último distritos del Centro, como La Victoria y Magdalena.

CUADRO Nº 2: Características generales de las madres que ingresaron con sus niños y niñas a la URO en los meses de febrero a marzo - 2010.	
	n (%)
Edad	
Menor o igual a 24 años	45 (36,0)
Mayor a 24 años	80 (64,0)
Escolaridad	
Secundaria incompleta a menos	32 (25,6)
Secundaria completa a más	93 (74,4)
Distrito de residencia	
San Juan de Lurigancho	15 (12,0)
El Agustino	10 (8,0)
SMP	9 (7,2)
Comas	8 (6,4)
Los Olivos	6 (4,8)
La Victoria	6 (4,8)
Magdalena	6 (4,8)
Otros	65 (52,0)
Total	125 (100.0)

En el **Cuadro Nº 3** se aprecia las **características generales de los niños** que ingresaron a la URO con EDA; en cuanto a la **edad**, más de la mitad de los niños tenían entre 12 a 23 meses, seguido de niños de 6 a 11 meses y solo un mínimo porcentaje estuvo conformado por niños de 0 a 5 meses; en cuanto al **sexo**, más de la mitad niños fueron varones.

Con respecto a los **antecedentes de diarrea aguda del niño**, en el **Cuadro Nº 3** se observa que más de la mitad de los niños presentaron por lo menos un antecedente de diarrea aguda anterior al ingreso a la URO, durante el periodo de investigación.

En lo referente al inicio de la **Alimentación Complementaria (AC)**, en el **Cuadro Nº 3** se aprecia que la mayoría de niños iniciaron la introducción de otros alimentos, además de la leche materna, después de haber cumplido los 6 meses, cabe mencionar que sólo hubo 5 niños que aún no iniciaban este proceso.

En relación al uso de **utensilios propios y exclusivos** del niño (plato, taza, cuchara y tenedor), como se observa en el **Cuadro Nº 3**, la mayoría cuentan con ellos, sin embargo hay un 20% que no, lo que podría ser un factor de riesgo para la aparición de nuevos episodios de diarrea.

Con respecto a la **alimentación habitual**, en el **Cuadro Nº 3** se aprecia que casi la mitad de los niños tomaban leche materna junto con otras leches no maternas más otros alimentos (47.2%); el resto de niños se alimentaban, además de sus comidas, con otras leches no maternas (24.0%) y en una menor proporción con leche materna (23.2%), y sólo una mínima cantidad, conformada por niños de 6 meses a menos, tenían una lactancia mixta (2.4%), lactancia materna exclusiva (1.6%) y lactancia materna artificial (1.6%).

CUADRO Nº 3: Características generales de los niños que ingresaron a la URO durante los meses de enero a marzo - 2010.

	n (%)
Edad	
0-5 meses	4 (3,2)
6-11 meses	34 (27,2)
12-23 meses	87 (69,6)
Sexo	
Masculino	72 (57,6)
Femenino	53 (42,4)
Antecedente de diarrea	
Si	70 (56,0)
No	55 (44,0)
Inicio de Alimentación Complementaria(AC)	
Antes de los 6 meses	31 (24,8)
Después de los 6 meses	89 (71,2)
Utensilios propios	
Si	96 (76,8)
No	24 (19,2)
Aun no inician AC	5 (4,0)
Alimentación habitual	
Lactancia Materna	2 (1,6)
Otras leches	2 (1,6)
LM y otra leche	1 (2,4)
LM más otra leche y alimento	59 (47,2)
LM y alimento	29 (23,2)
Otras Leches y alimentos	30 (24,0)
Total	125 (100,0)

En el **Cuadro Nº 4**, se aprecia las condiciones de Saneamiento Básico de las viviendas de todas las entrevistadas, la mayoría de ellas cuentan con servicio de agua potable y desagüe.

CUADRO Nº 4: Condiciones de Saneamiento Básico de la vivienda.	
	n (%)
Abastecimiento de agua	
Potable	110 (88,0)
Cisterna	8 (6,4)
Pilón	5 (4,0)
Pozo	2 (1,6)
Eliminación de excretas	
Desagüe	111 (88,8)
Letrinas	3 (2,4)
Otros	11 (8,8)
Total	125 (100.0)

Para una mejor comprensión del análisis de los siguientes cuadros, se denominará Grupo A¹ a todas las madres igual o menores a 24 años y Grupo A² a las mayores de 24 años, esto con respecto a la variable edad de la madre, mientras que para la variable de nivel de educación, se le denominará Grupo B¹ a madres con secundaria incompleta a menos y Grupo B² a aquellas con secundaria completa a más, tal como se presenta en el **Cuadro Nº1**.

En el **Cuadro Nº 5** se aprecia que no hubo diferencias entre el número de episodios de diarrea aguda en los niños, con respecto a la edad y el nivel de educación de la madre, sin embargo cabe mencionar que se encontró una mayor proporción de niños, de madres de los grupo A² y B¹, que no presentaron antecedentes de diarrea.

CUADRO Nº 5: Episodios de diarrea aguda del niño, anteriores a la encuesta, según edad y nivel de educación de la madre.						
Episodios de diarrea*	Edad		p valor	Nivel de educación		p valor
	Menor o igual a 24 años (Grupo A ¹)	Mayor de 24 años (Grupo A ²)		Secundaria incompleta a menos (Grupo B ¹)	Secundaria completa a más (Grupo B ²)	
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Ningún episodio	16 (35,6)	39 (48,8)	0,15	16 (50.0)	39 (40.0)	0,43
Igual o más de un episodio	29 (64,4)	41 (51,3)		16 (50.0)	54 (60.0)	
Total	45 (100.0)	80 (100.0)		32 (100.0)	93 (100.0)	

n=125

En cuanto al inicio de la AC, en el **Cuadro Nº 6** se observa que no hay diferencias significativas entre los grupos respecto a la edad y el nivel de educación de la madre, sin embargo cabe resaltar que hubo una mayor proporción de madres del Grupo A¹ y B² que iniciaron la AC después de los 6 meses, en relación a las de los Grupos A² y B¹, respectivamente.

CUADRO Nº 6: Inicio de la Alimentación Complementaria de los niños que ingresaron con EDA a la URO según a la edad y nivel de educación de la madre.

Edad de inicio*	Edad		<i>p</i> <i>valor</i>	Nivel de educación		<i>p</i> <i>valor</i>
	Menor o igual a 24 años (Grupo A ¹)	Mayor de 24 años (Grupo A ²)		Secundaria incompleta a menos (Grupo B ¹)	Secundaria completa a más (Grupo B ²)	
	n (%)	n (%)	0.36	n (%)	n (%)	0.34
Antes de los 6 meses	9 (20,9)	22 (28,6)		10 (32,3)	21 (24,0)	
Después de los 6 meses	34 (79,1)	55 (71,4)		21 (67,7)	68 (76,0)	
Total	43 (100.0)	77 (100.0)		31 (100.0)	89 (100.0)	

*Datos de las madres con niños que ya iniciaron la AC (120 niños).

En el **Cuadro Nº 7** se aprecia que, según edad de la madre, una mayor cantidad de niños de madres del Grupo A¹, tuvieron cubiertos y utensilios propios en comparación con los niños de madres del Grupo A²; en cuanto al nivel de educación, la mayoría de los niños de madres del Grupo B² contaron con cubiertos y utensilios propios en comparación a los niños de madres del Grupo B¹, en ambos casos no se encontró diferencias significativas.

CUADRO Nº 7: Niños menores de 24 meses con menajes y utensilios propios según la edad y nivel de educación de la madre.

Menajes y utensilios*	Edad		<i>p</i> <i>valor</i>	Nivel de educación		<i>p</i> <i>valor</i>
	Menor o igual a 24 años (Grupo A ¹)	Mayor de 24 años (Grupo A ²)		Secundaria Incompleta a menos (Grupo B ¹)	Secundaria completa a más (Grupo B ²)	
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Propios	37 (86,0)	59 (76,6)	0.21	22 (71,0)	74 (83,1)	0.14
Uso familiar	6 (14,0)	18 (23,4)		9 (29,0)	15 (16,9)	
Total	43 (100.0)	77 (100.0)		31 (100.0)	89 (100.0)	

*Solo de los niños que ya iniciaron la AC (120 niños).

3.2. Conocimientos de las madres sobre la alimentación del niño durante la EDA.

3.2.1. Conocimientos sobre la administración de leche.

Con respecto al **tipo de leche**, el 94.4% del total de madres tenían conocimientos sobre continuar ofreciendo algún tipo de leche al niño, dentro de ellas un 51.2% señalaron que debería ser sólo con Leche Materna (LM) , mientras que el 41.6% refirieron que debería tomarlo junto con otras leches (leche materna mas otras leches);similares proporciones se encontraron entre los grupos con respecto a la edad y nivel de educación de la madre, no encontrándose diferencias significativas como se puede apreciar en el **Cuadro Nº 8**.

Sobre el **reemplazo de la leche habitual por una "leche" a base soya o sin lactosa**, de manera general el 16% de las madres tenían el conocimiento de no cambiar la leche habitual de sus niños. En el **Cuadro Nº 8** se aprecia que esta proporción fue mayor en madres del Grupo A¹ y B¹, sin embargo no se encontró diferencias significativas con los Grupo A² Y B², respectivamente.

Con respecto a la **cantidad de leche** que se debe dar al niño, en el presente estudio se indagó sobre la LM y otras leches, en cuanto a la cantidad de leche materna, se encontró el 84% de madres de manera general conocían que se debe de mantener (49.6%) e incrementar la cantidad de LM (34.4%), similares porcentajes se encontraron entre los grupos con respecto a la edad y el nivel de educación de la madre, como se muestra en el **Cuadro Nº8**. A cerca de la cantidad de **otras leches no maternas** (fórmulas lácteas, leche evaporada y de polvo), del total de madres sólo un 28% conocían que se debe de mantener (5.8%) e incrementar (22.4%), observándose nuevamente similares porcentajes entre los grupos con respecto a la edad y el nivel de educación de la madre, como se muestra en el **Cuadro Nº8**.

Referente a la **frecuencia de las tomas** (veces que el niño toma leche por medio de un recipiente: bazo, taza, biberón) o **mamadas de leche** (veces que el niño toma la leche del pecho materno), del total de madres entrevistadas se encontró que un 77.6% conocían que se debe de incrementar (54.4%) y mantener (23.2%), similares porcentajes se obtuvieron entre los grupos con respecto a la edad y el nivel de educación de la madre, como se muestra en el **Cuadro Nº8**.

Con respecto a la **consistencia de la leche**, de manera general el 12% de madres aseguraron que debe de mantenerse la dilución habitual; en el **Cuadro Nº 8**

se puede apreciar que se encontró una mayor proporción en madres del Grupo A¹ y del Grupo B¹ en relación a las madres del Grupo A² y B² respectivamente, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

CUADRO N° 8. Conocimientos sobre tipo, cantidad, frecuencia y consistencia de leches a ofrecer al niño menor de 24 meses durante la diarrea aguda según edad y nivel de educación de la madre.

Características Seleccionadas	Edad		p valor	Nivel de educación		p valor
	Menor o igual a 24 años (Grupo A ¹)	Mayor de 24 años (Grupo A ²)		Secundaria incompleta a menos (Grupo B ¹)	Secundaria completa a más (Grupo B ²)	
	n=45	n=80		n=32	n=93	
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
A. Tipo						
Leches que se debe dar			0.21			0.57
Leche materna(LM)*	24 (53.3)	40 (50.0)		17 (53.1)	47 (50.5)	
Otras leches diferentes a la LM*	0 (0.0)	2 (2.5)		0 (0.0)	2 (2.2)	
Leche materna más otras leches*	17 (37.8)	35 (43.8)		13 (40.6)	39 (41.9)	
Suspender	1 (2.2)	0 (0.0)		0 (0.0)	1 (1.1)	
No sabe	3 (6.7)	3 (3.8)		2 (6.3)	4 (4.3)	
Cambiar la leche por otra sin lactosa o de soya			0.15			0.10
Si	5 (11.1)	16 (20.0)		3 (9.4)	18 (19.4)	
No*	10 (22.2)	10 (12.5)		8 (25.0)	12 (12.9)	
No sabe	30 (66.7)	54 (67.5)		21 (65.6)	63 (67.7)	
B. Cantidad						
Leche materna debe:			0.91			0.94
Aumentar *	23 (51.1)	39 (48.8)		18 (56.3)	44 (47.3)	
Mantenerse*	15 (33.3)	28 (35.0)		9 (28.1)	34 (36.6)	
Disminuir	3 (6.7)	7 (8.8)		2 (6.3)	8 (8.6)	
Suspenderse	1 (2.2)	2 (2.5)		1 (3.1)	2 (2.2)	
No sabe	3 (6.7)	4 (5.0)		2 (6.3)	5 (5.4)	
Leches diferentes a la leche materna debe...			0.28			0.98
Aumentar*	1 (2.2)	6 (7.5)		2 (6.3)	5 (5.4)	
Mantenerse*	9 (20.0)	19 (23.8)		7 (21.9)	21 (22.6)	
Disminuir	7 (15.6)	12 (15.0)		4 (12.5)	15 (16.1)	
Suspenderse	21 (46.7)	36 (45.0)		16 (50.0)	41 (44.1)	
No sabe	7 (15.6)	7 (8.8)		3 (9.4)	11 (11.8)	
C. Frecuencia						
Número de tomas o mamadas debe:			0.39			0.28
Aumentar*	24 (53.3)	44 (55.0)		20 (62.5)	48 (51.6)	
Mantener*	9 (20.0)	20 (25.0)		7 (21.9)	22 (23.7)	
Disminuir	5 (11.1)	7 (8.8)		1 (3.1)	11 (11.8)	
Suspender	4 (8.9)	4 (5.0)		2 (6.3)	6 (6.5)	
No sabe	3 (6.7)	5 (6.3)		2 (6.3)	6 (6.5)	
C. Consistencia						
La preparación debe:			0.73			0.17
Disminuir dilución	5 (11.1)	7 (8.8)		1 (3.1)	11 (11.8)	
Mantener dilución habitual*	6 (13.3)	9 (11.3)		6 (18.8)	9 (9.7)	
Aumentar dilución	5 (11.1)	17 (21.3)		5 (15.6)	17 (18.3)	
No sabe	29 (64.4)	47 (58.8)		20 (62.5)	56 (60.2)	

*Conocimientos de la madre o encargada del niño considerados adecuados ^{3,5}.

3.2.2. Conocimientos sobre la alimentación.

En lo concerniente a la **frecuencia de comidas** del niño, de manera general el 13.6 % de madres refirieron que se debe de aumentar el número de comidas, encontrándose una mayor proporción en madres de los grupos Grupo A² y B¹ tal como se muestra en el **Cuadro Nº 9**, sin embargo no se encontró diferencias significativas.

Con respecto a la **frecuencia de comidas espesas/sólidas**, como segundos, purés y/o mazamorras, 68% del total de madres sabían que estas comidas se deben de aumentar (21.6%) o mantener (46.4%); en el **Cuadro Nº 9** se aprecia que hubo una mayor proporción en madres de los Grupo A² y B¹, aunque no se halló mayores diferencias significativas.

En cuanto a las **preparaciones que se deben de ofrecer principalmente** al niño, de manera general, un 28 % de madres señalaron que deben ser segundos o purés, mientras que la mayoría refirieron que deben ser caldos y sopas, mazamorras o agüitas; en el **Cuadro Nº 9** se observa que no hubo diferencias significativas entre los grupos con respecto a la edad y nivel de educación.

Con respecto a los **alimentos que se debe de evitar ofrecer o restringir al niño**, de manera general las madres refirieron que deben se deben evitar y/o restringir principalmente las menestras (44.8%), las frutas y verduras (40%) y la leche (39.2%); en el **Cuadro Nº 9** se observa que no se encontró diferencias significativas en los grupos según edad y nivel de educación de la madre.

CUADRO Nº 9. Conocimientos sobre frecuencia, cantidad y consistencia de comidas y alimentos a evitar o restringir durante la diarrea aguda del niño menor de 24 meses según edad y nivel de educación de la madre.

Características seleccionadas	Edad		<i>p</i> valor	Nivel de educación		<i>p</i> valor
	Menor o igual a 24 años (Grupo A ¹)	Mayor de 24 años (Grupo A ²)		Secundaria incompleta a menos (Grupo B ¹)	Secundaria completa a más (Grupo B ²)	
	n=45	n=80		n=32	n=93	
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
A. Frecuencia						
Comidas en general			0.52			0.21
Aumentar*	5 (11.1)	12 (15.0)		5 (15.6)	12 (12.9)	
Mantener*	31 (68.9)	48 (60.0)		17 (53.1)	62 (66.7)	
Disminuir	7 (15.6)	12 (15.0)		7 (21.9)	12 (12.9)	
Suspender	1 (2.2)	5 (6.3)		1 (3.1)	5 (5.4)	
No sabe	1 (2.2)	3 (3.8)		2 (6.3)	2 (2.2)	
Comidas sólidas/espesas			0.52			0.30
Aumentar*	9 (20.0)	18 (22.5)		8 (25.0)	19 (20.4)	
Mantener *	20 (44.4)	38 (47.5)		16 (50.0)	42 (45.2)	
Disminuir	12 (26.7)	13 (16.3)		7 (21.9)	18 (19.4)	
Suspender	1 (2.2)	4 (5.0)		0 (0.0)	5 (5.4)	
No sabe	3 (6.7)	7 (8.8)		1 (3.1)	9 (9.7)	
B. Consistencia						
Preparaciones a ofrecer principalmente			0.86			0.98
Caldos y sopas	25 (55.6)	46 (57.5)		19 (59.4)	52 (55.9)	
Segundos u purés*	13 (28.9)	22 (27.5)		9 (28.1)	26 (28.0)	
Mazamorras	4 (8.9)	7 (8.8)		2 (6.3)	9 (9.7)	
Agüitas/infusiones	3 (6.7)	2 (2.5)		1 (3.1)	4 (4.3)	
No sabe	0 (0.0)	3 (3.8)		1 (3.1)	2 (2.2)	
C. Alimentos a evitar/restringir						
			0.58			0.65
Leche y derivados	16 (19.0)	33 (18.5)		16 (26.7)	34 (16.5)	
Menestras	19 (22.6)	37 (20.8)		14 (23.3)	44 (21.4)	
Dulces*	6 (7.1)	12 (6.7)		3 (5.0)	15 (7.3)	
frutas y verduras	17 (20.2)	33 (18.5)		9 (15.0)	43 (20.9)	
Frituras y grasas*	14 (16.7)	36 (20.2)		11 (18.3)	39 (18.9)	
Solo frutas cítricas	5 (6.0)	13 (7.3)		2 (3.3)	15 (7.3)	
No sabe	5 (6.0)	5 (2.8)		2 (3.3)	8 (3.9)	
Otros alimentos	2 (2.4)	9 (5.1)		3 (5.0)	8 (3.9)	

*Conocimientos considerados adecuados de la madre o encargada del niño a cerca del manejo de la DA^{3,5}.

3.2.3. Conocimientos sobre la administración de líquidos.

Con respecto a la importancia de la administración de las SRO, suero casero y panetela, en general, el 67% de las madres conocían la importancia de estos líquidos, este porcentaje fue mayor en madres del Grupo A² con respecto a las del Grupo A¹, aunque no fue estadísticamente significativa, tal como se aprecia en el Cuadro Nº 10; sin embargo si fue significativa entre los Grupos B1 y B2 ($p=0.004$),

según el nivel de educación, encontrándose una mayor proporción en el madres del Grupo B¹.

Con respecto a la **frecuencia de administración de las SRO, suero casero y panetela**, se aprecia que solo el 16% de madres en general sabían que se debe de dar líquidos inmediatamente después de cada deposición líquida, mientras que la mayoría, señalaron que debe de darse sólo en los momentos en el que el niño pide, después de pasada la enfermedad o no precisan; en el **Cuadro Nº 10** se puede observar que no se encontró diferencias significativas entre los grupos según edad de la madre, por el contrario si se encontró diferencias en los grupos según el nivel de educación($p=0.021$), hallándose una mayor cantidad en madres del Grupo B².

Con respecto a los **componentes del suero casero**, solo una pequeña proporción del total de madres conocían los ingredientes necesarios para preparar el suero casero (11.2%), de las cuales casi todas desconocían las cantidades necesarias; en el **Cuadro Nº 10** se puede observar que hubo una mayor proporción de madres del Grupo A¹ y las del Grupo B¹ que conocían de los ingredientes en comparación a las madres del Grupo A² y del Grupo B², sin embargo no se encontraron diferencias significativas.

En cuanto a la **frecuencia de líquidos** disponibles en casa, "líquidos caseros" (infusiones, agua, jugos, etc.), la mayoría de madres en general sabían que se debe de incrementar la frecuencia de suministro de algún tipo de líquido o bebida (88.8%); no se encontró diferencias significativas en los grupos según edad y nivel de educación de la madre, como se aprecia en el **Cuadro Nº 10**.

Con respecto a los **líquidos y preparados caseros** que conocían las madres, de manera general las bebidas usadas fueron: la panetela (35.2%) seguido de otros líquidos/bebidas y/o preparaciones, como: Agua de paico, agua de pepa de palta, infusión de anís, manzanilla, orégano, té, mazamorra de membrillo, entre otros, cabe mencionar que las madres consideraron como "remedios caseros" a dichas preparaciones; hubo un 40% de madres que desconocían la preparación de alguna bebida o preparado para la diarrea; resultados similares se observaron entre los grupos según edad y nivel de educación de la madre, por lo que no se encontró diferencias significativas como se aprecia en el **Cuadro Nº 10**.

CUADRO Nº 10. Conocimientos sobre la importancia, frecuencia de las Sales de Rehidratación Oral (SRO) u otros líquidos caseros a administrar durante la diarrea aguda del niño menor de 24 meses según edad y nivel de educación de la madre.

Características seleccionadas	Edad		Nivel de educación		p valor
	Menor o igual a 24 años (Grupo A ¹)	Mayor de 24 años (Grupo A ²)	Secundaria incompleta a menos (Grupo B ¹)	Secundaria completa a más (Grupo B ²)	
n=45	n=80	n=32	n=93		
n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
A. Frecuencia de las sales de rehidratación oral, suero casero y panetela					
Importancia			0.19		0.004
Para subir/recuperar peso	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Para calmar la diarrea	2 (4.4)	3 (3.8)	1 (3.1)	4 (4.3)	
Para recuperar líquidos y sales*	27 (60.0)	57 (71.3)	15 (46.9)	69 (74.2)	
Para calmar la sed	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
No sabe	16 (35.6)	20 (25.0)	16 (50.0)	20 (21.5)	
Frecuencia de administración			0.91		0.021
Solo si pide el niño	8 (17.8)	2 (2.5)	4 (12.5)	6 (6.5)	
A cada hora	0 (0.0)	4 (5.0)	1 (3.1)	3 (3.2)	
Después de pasado la enfermedad	2 (4.4)	1 (1.3)	1 (3.1)	2 (2.2)	
Después de las evacuaciones*	7 (15.6)	13 (16.3)	1 (3.1)	19 (20.4)	
No sabe	28 (62.2)	60 (75.0)	25 (78.2)	63 (67.7)	
B. Componentes del suero Casero					
			0.57		0.78
Azúcar, sal y agua*	6 (13.3)	8 (10.0)	4 (12.5)	10 (10.8)	
Agua y arroz	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Agua, arroz y azúcar	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Agua, arroz y sal	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
No sabe	39 (86.7)	72 (90.0)	28 (87.5)	83 (89.2)	
C. Frecuencia de la administración de líquidos					
			0.78		0.27
Aumentar*	40 (88.9)	71 (88.8)	27 (84.4)	84 (90.3)	
Mantener*	1 (2.2)	3 (3.8)	1 (3.1)	3 (3.2)	
Disminuir	2 (4.4)	1 (1.3)	1 (3.1)	2 (2.2)	
Suspender	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
No sabe	2 (4.4)	5 (6.3)	3 (9.4)	4 (4.3)	
D. Tipo de líquidos/bebidas o preparaciones caseras					
			0.39		0.91
Panetela de arroz*	18 (40.0)	26 (32.5)	11 (34.4)	33 (35.5)	
Suero casero*	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Refrescos de fruta(s)/azúcar)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Otros	9 (20.0)	21 (26.3)	8 (25.0)	22 (23.7)	
No conoce	18 (40.0)	33 (41.3)	13 (40.6)	38 (40.9)	

*Conocimientos considerados adecuados de la madre o encargada del niño a cerca del manejo de la DA^{3,5}.

3.2. Prácticas maternas sobre la alimentación del niño durante la EDA.

3.2.1. Prácticas sobre la administración de leche.

En relación a los **tipos de leche** que se ofrecieron al niño, el 53.6% de madres en general continuaron brindándole LM y un 35.2% otras leches diferentes, estos

porcentajes se ven influenciados, en parte, por la edad del niño, pues a menor edad (menores de 12 meses) las madres le suelen dar mayormente LM, mientras que a mayor edad (12 meses a más) la mayoría optan por "*complementar*" a la LM con otras leches, además hubo un 11.2% de madres que suspendieron este alimento; en el **Cuadro Nº 11** se observa que no hubo diferencias significativas entre los grupos respecto a la edad y nivel de educación.

Del total de madres que continuaron ofreciendo a sus niños otras leches diferentes a la LM, un 93% no **cambiaron su leche de consumo habitual**; en el **Cuadro Nº 11** se puede apreciar que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos respecto a la edad y nivel de educación de la madre.

En cuanto a la **cantidad de leche (leche evaporada, en polvo o de fórmula) por cada toma**, el 56.1% del total de madres que continuaban ofreciéndole estos tipos de leche a sus niños, mantuvieron (48.7%) o incrementaron (7.3%) la cantidad por cada toma durante la diarrea aguda; como se aprecia en el **Cuadro Nº 11** hubo una mayor proporción madres del Grupo A² y B² con estas prácticas sin embargo no se encontró mayores diferencias significativas.

En general, el 64.0% de madres que ofrecieron LM u otras leches diferentes, incrementaron (37.8%) o mantuvieron (26.1%) el **número de mamadas o tomas** con respecto a la frecuencia habitual; similares resultados se encontraron entre los grupos según edad y nivel de educación de la madre, por lo que no se halló diferencias significativas (**Cuadro Nº 11**).

De manera general el 67.4% de madres que continuaron dando a sus niños otras leches diferentes a la LM mantuvieron la **dilución habitual de la leche**, cabe mencionar que casi todas las madres la diluyeron adecuadamente, el 24.4% lo preparaban más diluido, el 2.2% disminuyeron la dilución y mientras el 8.8% lo empleaban solamente en preparaciones, como mazamoras o sopas, no se encontró diferencias significativas entre los grupos de madres con respecto a la edad y el nivel educativo, como se muestra en el **Cuadro Nº 11**.

Un aspecto muy importante es la **forma de administración de la leche al niño**, los cuales fueron evaluados en la esta investigación, encontrándose que del total de las madres entrevistadas, sólo el 24.4% de madres empleaban vasos o tazas, no hubo madres que utilizaron cucharita o cuchara, mientras que el 75.0% optaron por el biberón; en el **Cuadro Nº 11** se puede observar que hubo un mayor porcentaje de

madres del Grupo A¹ que utilizaron el biberón con respecto al Grupo A², sin embargo esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

CUADRO Nº 11. Prácticas sobre tipo, cantidad, consistencia y forma de administración de la leche al niño menor de 24 meses durante la diarrea aguda según edad y nivel de educación de la madre.

Características seleccionadas	Edad		p valor	Nivel de educación		p valor
	Menor o igual a 24 años (Grupo A1)	Mayor de 24 años (Grupo A2)		Secundaria incompleta a menos (Grupo B1)	Secundaria completa a más (Grupo B2)	
	n=45	n=80		n=32	n=93	
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
A. Tipo						
Leches que se le da al niño			0.98			0.30
Leche materna*	26 (57.8)	41 (51.3)		20 (62.5)	47 (50.5)	
Leches diferentes a la leche materna (LM)*	14 (31.1)	30 (37.5)		10 (31.25)	34 (36.6)	
No le dan ningún tipo de leche	5 (11.1)	9 (11.3)		2 (6.25)	12 (12.9)	
Cambiaron la leche del niño por una sin lactosa o de soya^a			0.69			0.54
Si	1 (7.1)	2 (6.7)		1 (10.0)	2 (5.9)	
No*	13 (92.9)	28 (93.3)		9 (90.0)	32 (94.1)	
B. Cantidad						
Cantidad de leche por cada toma^b			0.84			0.34
Ha aumentado *	1 (7.7)	2 (7.1)		0 (0.0)	3 (9.4)	
Se ha mantenido*	6 (46.2)	14 (50.0)		4 (44.4)	16 (50.0)	
Ha disminuido	6 (46.2)	12 (42.9)		5 (55.6)	13 (40.6)	
C. Frecuencia de tomas o mamadas^c						
			0.28			0.71
Ha aumentado *	15 (37.5)	27 (38.0)		14 (46.7)	28 (34.6)	
Se ha mantenido*	8 (20.0)	21 (29.6)		6 (20.0)	23 (28.4)	
Ha disminuido	17 (42.5)	23 (32.4)		10 (33.3)	30 (37.0)	
D. Consistencia^b						
			0.50			0.48
Disminuyen la dilución	1 (7.1)	0 (0.0)		1 (10.0)	0 (0.0)	
Mantienen la dilución habitual*	10 (71.4)	19 (63.3)		6 (60.0)	23 (67.6)	
Aumentan la dilución	2 (14.3)	8 (26.7)		2 (20.0)	8 (23.5)	
Solo emplean en preparaciones	1 (7.1)	3 (10.0)		1 (10.0)	3 (8.8)	
E. Forma de administración^b						
			0.09			0.62
Cucharadas/cucharaditas*	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	
vaso/tazas*	1 (8.3)	9 (32.1)		2 (22.2)	8 (25.0)	
Biberón	11 (91.6)	19 (67.9)		7 (77.8)	24 (75.0)	

* Prácticas consideradas adecuadas en el manejo de la Diarrea Aguda del niño^{3,5}.

^a De madres que solo dan leches diferentes a la leche materna, incluyendo a aquellas que le dan en preparaciones (44).

^b De madres que siguieron dándole a sus niños otras leches diferentes a la LM., incluyendo a aquellas que le dan en preparaciones (44).

^c De madres que dan otras leches diferentes además de la leche materna (111).

3.2.2. Prácticas sobre la alimentación.

Del total de madres cuyos niños, ya comen de la olla familiar y los que están en proceso de AC, sólo el 3.2% dieron de comer a sus niños con una **frecuencia** de 5 a 6 veces al día, el 91.6% dieron igual o menos de 4 veces y el 8.8% suspendieron todas sus comidas; no se encontró diferencias significativas en los grupos de madres

con respecto a la edad y el nivel de educación, como se puede apreciar en el **Cuadro Nº 12**.

Del total de madres que continuaban alimentando a sus niños durante la diarrea, se encontró que mayormente incluían en sus preparaciones los siguientes alimentos: los cereales, como arroz, fideos, pan, galleta, maicena (28.1%), seguido de carnes: pollo, hígado de pollo y huevo (24.9%), tubérculos (21.8%), frutas y verduras (21.6%), leche en preparaciones (2.9%), ya que era el único medio por el cual le ofrecían este alimento, y las menestras (1%); dichos porcentajes son similares en los grupos de edad y nivel de educación(Ver Cuadro Nº 12), cabe mencionar que en esta pregunta no se buscó obtener diferencias entre los grupos pues básicamente es informativa.

En cuanto a la **consistencia de las comidas que se ofrecen principalmente** (para esta investigación se tomó como referencia la primera comida servida a la hora del almuerzo) se encontró que el 28.4% de las madres ,que continuaban alimentando a sus niños, dieron principalmente segundos o purés(según la edad del niño), el resto de madres optaron por darle mazamoras (36.7%), caldos y sopas (25.7%), y en algunos casos dieron solamente agüitas o remedios caseros (10.1%); similares resultados se encontraron en los grupos con respecto a la edad y el nivel de educación, no observándose diferencias significativas, ver **Cuadro Nº 12**.

El 2.8% de madres, de manera general, aumentaron la **cantidad de comida** de sus niños, el 78.9% optaron por ofrecerle igual cantidad y el 18.3% la disminuyeron; los porcentajes fueron similares entre los grupos según la edad y nivel de educación de la madre como se puede apreciar en el **Cuadro Nº 12**, por lo que no hubo diferencias significativas.

En cuanto a los **alimentos que se excluyeron o restringieron**, de manera general son las frutas y las verduras (26.7%) los que menos se ofrecen al niño durante la diarrea, seguido por las menestras (17.1%), los lácteos (16%) y los huevos (12.1%) y en menor proporción los dulces (2.4%) y las frituras (6.3%) entre otros (galletas, pan, yogurt).En el **Cuadro Nº 12** se observa que las madres del Grupo A¹ restringieron adecuadamente las frituras y dulces en una mayor proporción que las del Grupo A² ($p=0.04$), mientras que en los grupos según el nivel de educación no se encontró los mismos resultados.

CUADRO Nº 12. Prácticas sobre frecuencia, cantidad y consistencia de comidas y alimentos que se evitan o restringen durante la diarrea aguda del niño menor de 24 meses según edad y nivel de educación de la madre.

Características seleccionadas	Edad		p valor	Nivel de educación		p valor
	Menor o igual a 24 años (Grupo A ¹)	Mayor de 24 años (Grupo A ²)		Secundaria incompleta a menos (Grupo B ¹)	Secundaria completa a más (Grupo B ²)	
	n=45	n=80		n=32	n=93	
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
A. Frecuencia ^a						
			0.16			0.27
1-2 veces/día	22 (48.8)	33 (41.3)		15 (46.9)	40 (43.0)	
3-4 veces/día	21 (46.7)	34 (42.5)		11 (34.4)	44 (47.3)	
5-6 veces/día*	0 (0.0)	4 (5.0)		2 (6.3)	2 (2.2)	
Le suspendió la comida	2 (4.4)	9 (11.3)		4 (12.9)	7 (7.5)	
Alimentos que emplean ^b						
Cereales	39 (27.9)	69 (28.2)		29 (28.4)	79 (27.8)	
Tubérculos	28 (20.0)	56 (22.9)		22 (21.6)	62 (21.8)	
Frutas y verduras	32 (22.9)	51 (20.8)		23 (22.5)	61 (21.5)	
Carnes y huevos	37 (26.4)	59 (24.1)		24 (23.5)	72 (25.4)	
Leche	3 (2.1)	7 (2.9)		2 (2.0)	8 (2.8)	
Menestras	1 (0.7)	3 (1.2)		2 (2.0)	2 (0.7)	
B. Consistencia ^b						
Preparaciones que ofrece principalmente			0.49			0.28
Caldos y sopas	17 (39.5)	11 (14.3)		7 (22.6)	21 (23.6)	
Segundos o purés*	13 (30.2)	28 (36.4)		13 (41.9)	28 (31.5)	
Mazamoras	11 (25.6)	29 (37.7)		7 (22.6)	33 (37.1)	
Agüitas y remedios caseros	2 (4.7)	9 (11.7)		4 (12.9)	7 (7.9)	
C. Cantidad ^b						
			0.75			0.59
Ha aumentado*	1 (2.4)	2 (2.9)		1 (3.7)	2 (2.4)	
Igual cantidad*	29 (70.7)	57 (83.8)		21 (77.8)	65 (79.3)	
Ha disminuido	11 (26.8)	9 (13.2)		5 (18.5)	15 (18.3)	
D. Alimentos que se excluyen o restringen ^b						
			0.04			0.15
Lácteos	16 (17.6)	17 (14.8)		7 (14.6)	26 (16.5)	
Menestras	15 (16.5)	20 (17.4)		8 (16.7)	27 (17.1)	
Dulces*	3 (3.3)	2 (1.7)		0 (0.0)	5 (3.2)	
Frutas y verduras	20 (22.0)	35 (30.4)		13 (27.1)	42 (26.6)	
Huevos	16 (17.6)	9 (7.8)		6 (12.5)	19 (12.0)	
Frituras*	9 (9.9)	4 (3.5)		2 (4.2)	11 (7.0)	
No suspende ningún alimento	3 (3.3)	17 (14.8)		5 (10.4)	15 (9.5)	
Otros	9 (9.9)	11 (9.6)		7 (14.6)	13 (8.9)	

* Prácticas consideradas adecuadas en el manejo de la Diarrea Aguda del niño ^{3,5}.

^a De las madres que tienen niños que ya comen(120).

^b Solo de madres que no suspendieron la alimentación se sus niños(109).

Respecto a la adición aceite o mantequilla a la comida del niño, de manera general se encontró que el 89.9% de madres no realizaban esta práctica; en el **Cuadro Nº 13** se puede apreciar que dicha proporción fue ligeramente mayor en madres del Grupo A1 y B², aunque no fue estadísticamente significativa.

CUADRO Nº 13. Prácticas sobre la adición de aceite o mantequilla a las comidas del niño durante la diarrea aguda.

Distribución porcentual de madres entrevistadas por edad y nivel educativo según la característica seleccionada.

Características seleccionadas	Edad de la madre				<i>p valor</i>	Nivel educativo de la Madre				<i>p valor</i>
	Menor o igual a 24 años (n=45)		Mayor a 24 años (n=80)			Secundaria incompleta a menos (n=32)		Secundaria completa a más (n=93)		
	n	%	N	%		n	%	n	%	
A. Adición de aceite y/o mantequilla ^a										
S*	4	9.8	7	10.3	0.57	3	11.1	8	9.8	0.53
No	37	90.2	61	89.7		24	88.9	74	90.2	

* Prácticas consideradas adecuadas en el manejo de la Diarrea Aguda del niño³.

^a Solo de madres que no le han suspendido su alimentación(109).

3.2.3. Prácticas sobre la administración de líquidos.

Con respecto a los **tipos de líquidos administrados** al niño, de manera general se encontró que un 40.1% de madres ofrecieron infusiones/agua, el 23.4% optaron por el suero comercial pediátrico, como Electoral y Frutiflex; el 20.9% brindaron panetela, y en menor proporción el suero de rehidratación oral, suero casero y gatorade; mientras que el 8% no dieron ningún tipo de líquidos (10 niños); en el **Cuadro Nº 14** se aprecia que no se halló diferencias significativa con respecto a la administración de líquidos adecuados(suero comercial, suero casero, panetela, infusiones/agua) entre los grupos según edad y nivel de educación de la madre.

En relación a la **frecuencia de administración de líquidos**, en general, el 29% de madres ofrecían algún tipo de líquido a sus niños después de cada deposición, mientras que otras daban sólo cada vez que pedía el niño (37.3%) o a cada hora (33.6%); los porcentajes fueron similares entre los grupos con respecto a la edad y nivel educativo de la madre tal como se aprecia en el **Cuadro Nº14**, no hallándose diferencias significativas.

Con respecto a la **preparación del suero casero**, solo hubo una madre, la única que dio esta bebida a su niño, que lo preparó adecuadamente; mientras que; todas las demás no realizaban esta práctica, indistintamente a su edad y nivel de educación, como se puede observar en el **Cuadro Nº 14**.

En cuanto a la **forma de administración de líquidos**, del total de madres que continuaban administrando algún tipo de líquidos a sus niños, el 31.8% le daban con biberones, el 28.2% con vaso o taza, los cuales no garantizan una

buena hidratación, el 28.2% utilizaron cucharitas/cucharas y sólo el 11.8% sorbetes/jeringas, en el **Cuadro Nº 14** se puede apreciar que no hubo diferencias significativas entre los grupos con respecto a la edad y nivel de educación de la madre.

La mayoría de las madres entrevistadas ofrecían **preparados caseros** (agua de membrillo, de paico, de pepa de palta, de culén, infusión de manzanilla, entre otros) a sus niños durante la diarrea (84%); en el Cuadro Nº 14 se aprecia que esta práctica la realizaban sobre todo las madres del Grupo A² y B¹, en donde si se encontraron diferencias significativas ($p=0.03$) con respecto a los Grupos A¹ y B².

CUADRO Nº 14. Prácticas sobre la aplicación de la Terapia de hidratación oral (TRO), con Sales de Rehidratación oral u otros líquidos caseros durante la diarrea aguda del niño menor de 24 meses según la edad y nivel de educación de la madre.

Características Seleccionadas	Edad		p	Nivel de educación		p
	Menor o igual a 24 años (Grupo A ¹)	Mayor de 24 años (Grupo A ²)		Secundaria incompleta a menos (Grupo B ¹)	Secundaria completa a más (Grupo B ²)	
	n=45	n=80		n=32	n=93	
	n (%)	n (%)	valor	n (%)	n (%)	valor
A. Tipos de líquidos y/o bebidas administrados como TRO						
			0.26			0.62
Suero comercial*	11 (19,3)	28 (25,5)		4 (11,1)	35 (26,7)	
Suero de Rehidratación Oral*	2 (3,5)	1 (0,9)		1 (2,8)	2 (1,5)	
Suero Casero*	1 (1,8)	0 (0,0)		0 (0,0)	1 (0,8)	
Agua/Infusiones*	20 (35,1)	47 (42,7)		20 (55,6)	47 (35,9)	
Gatorade	1 (1,8)	6 (5,5)		1 (2,8)	6 (4,6)	
Panetela*	15 (26,3)	20 (18,2)		7 (19,4)	28 (21,4)	
B. Frecuencia de administración de líquidos (Suero de rehidratación oral, suero casero o panetela u otros).						
			0.30			0.67
Cada hora	14 (35,9)	23 (32,4)		9 (33,3)	28 (33,7)	
Cada vez cuando pide	16 (41,0)	25 (35,2)		11 (40,7)	30 (36,1)	
Después de cada deposición*	9 (23,1)	23 (32,4)		7 (25,9)	25 (30,1)	
C. Preparación adecuada del suero casero.						
			0.36			0.74
Si*	1 (2,2)	0 (0,0)		0 (0,0)	1 (0,0)	
No	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	
No preparan	44 (97,8)	80 (100)		32 (100)	92 (100)	
D. Forma de administración del SRO, suero casero, panetela u otros líquidos caseros.						
			0.51			0.08
Cucharita*	9 (23,1)	22 (31,0)		6 (22,2)	25 (30,1)	
Vaso/Taza	8 (20,5)	23 (32,4)		6 (22,2)	25 (30,1)	
Biberón	17 (43,6)	18 (25,4)		14 (51,9)	21 (25,3)	
Sorbete/jeringa*	5 (12,8)	8 (11,3)		1 (3,7)	12 (14,5)	
E. Preparados caseros.						
			0.03			0.62
Si	3 (6,7)	17 (21,3)		6 (18,8)	14 (15,1)	
No	42 (93,3)	63 (78,8)		26 (81,3)	79 (84,9)	

* Prácticas consideradas adecuadas en el manejo de la Diarrea Aguda del niño^{3,5}.

3.3. Nivel de conocimientos y prácticas maternas sobre la alimentación del niño con EDA, según la edad y nivel de educación de la madre.

Con respecto al nivel de conocimientos de la madres, del total de ellas, sólo el 16.8% tuvieron conocimientos adecuados en cuanto a la alimentación del niño; en el **Cuadro Nº15** se puede apreciar que hubo una mayor proporción de madres con conocimientos adecuados en los Grupo A¹ (22.2%) y Grupo B¹ (21.9%) en relación a los Grupos A² (13.8%) y B² (15.1%), respectivamente, aunque no se encontró diferencias significativas. Entre los conocimientos en los que si se encontraron diferencias significativas con el nivel de educación de la madre ($p < 0.05$) están: la importancia del SRO y suero casero, y su frecuencia de administración, no se encontraron diferencias significativas con respecto a la edad de la madre.

En relación a las prácticas maternas, del total de madres, un solo un 3.2% tuvieron prácticas adecuadas de alimentación; **Cuadro Nº15** se observa que hubo una ligera mayor proporción de madres con prácticas adecuadas en el Grupo B² (3.2%) con respecto al Grupo B1 (3.1%), según su nivel de educación; mientras que con respecto a la edad, sólo hubieron madres mayores de 24 años (Grupo A²) con prácticas adecuadas de alimentación (5.0%), sin embargo estas diferencias no fueron significativas. Por otro lado, si se encontró diferencias significativas entre la edad materna y algunas prácticas, como: alimentos excluidos y restringidos, así mismo la práctica de ofrecer algún "remedio casero"; mientras que no se encontraron prácticas que se diferencien con su nivel de educación.

CUADRO Nº 15. Conocimientos y prácticas de las madres sobre la alimentación del niño menor de 24 meses con EDA según edad y nivel de educación de la madre.

Variable	Edad		p valor	Nivel de educación		p valor
	Menor o igual a 24 años (Grupo A ¹)	Mayor de 24 años (Grupo A ²)		Secundaria incompleta a menos (Grupo B ¹)	Secundaria completa a más (Grupo B ²)	
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Conocimientos						
Adecuado	10 (22.2)	11 (13.8)	0.29	7 (21.9)	14 (15.1)	0.37
Deficiente	35 (77.8)	69 (86.2)		25 (78.1)	79 (84.9)	
Prácticas						
Adecuado	0 (0.0)	4 (5.0)	0.16	1 (3.1)	3 (3.2)	0.72
Inadecuado	45 (100.0)	76 (95.0)		31 (96.9)	90 (96.8)	
Total	45 (100.0)	80 (100.0)		32 (100.0)	93 (100.0)	

IV. DISCUSIÓN

Los resultados del estudio demuestran que las madres aún continúan tratando la diarrea de sus niños basándose en erróneos conocimientos y en creencias sobre la alimentación y la hidratación oral, pilares fundamentales del tratamiento de la diarrea aguda. Ambos deben de iniciarse desde el primer momento de la enfermedad, por tanto es en el hogar donde corresponde su inicio y que depende principalmente del conocimiento, la actitud de la madre y del entorno familiar.

El estudio evidencia que los **conocimientos** maternos sobre la alimentación del niño durante la diarrea aguda son inadecuados en su mayoría (83.2%), indiferentemente de su edad, similar a lo encontrado por López²⁰, y nivel de educación. Cabe mencionar que se encontró una mayor proporción de madres menores de 24 años de edad con conocimientos adecuados, respecto a las mayores, en donde las primeras podrían verse influenciadas por los conceptos e ideas de sus madres u otros familiares a diferencia de las de mayor edad que generalmente ya son independientes; esto nos demuestra que los conocimientos sobre la alimentación durante la diarrea están básicamente influenciados por segundas o terceras personas, además de otros factores, antes que por el nivel de educación que haya alcanzado la madre. Por otro lado, con respecto a las **prácticas**, se encontró que fueron adecuadas en un 3.2% de madres, porcentaje mucho menor en comparación a lo encontrado en los conocimientos, indiferentemente con respecto a su edad y nivel de educación, similares resultados encontró López²⁰. A diferencia de los conocimientos, no se encontraron madres de menor edad con prácticas adecuadas, esto nos muestra que las actitudes que toman las madres frente a un hecho o acontecimiento durante la enfermedad de su niño, influenciados por factores del entorno socio-económico y familiar, además de su conocimiento, son las que van a determinar que las madres realicen una determinada práctica. Aguilar¹¹, por su lado, si encontró asociación de las prácticas con el nivel de educación más no con la edad de la madre.

Sobre los conocimientos maternos respecto a la alimentación del niño durante la diarrea aguda, el 51.2% de las madres conocen que se debe de mantener la lactancia materna, mientras que el 41.6% considera que además de la leche materna se le debe de seguir ofreciendo otras leches no maternas (polvo/evaporada) durante la enfermedad, ambos conocimientos en las madres mejoraron en comparación a un estudio realizado por Briceño¹⁰, en donde el 91.6% no tenían conocimientos acerca de mantener la lactancia materna durante la diarrea y el 94.2% sobre continuar consumiendo leche

evaporada y/o en polvo. En cuanto a los conocimientos sobre la alimentación del niño, un menor porcentaje de madres (13%) con respecto a lo encontrado por Gutierrez¹⁴ (35.2%) coinciden en incrementar la frecuencia de comidas; mas de la mitad (68%) refieren que se debe continuar ofreciendo igual o mayor cantidad de comidas sólidas/espesas en contraparte a lo reportado en la ENDES Continua 2010 (51.9%)²¹.

En cuanto a las prácticas sobre la alimentación del niño con diarrea aguda, la mayoría de las madres no suspendieron la leche a sus niños a diferencia de un estudio realizado por Elescano⁹, el cual encontró que el 75% de las madres lo hacían, aunque cabe recalcar que más de la mitad de las madres decidieron darle solamente leche materna antes de ofrecerle otras leches, esto debido principalmente a la promoción de las ventajas de la lactancia materna para el niño sano y en procesos de enfermedad, como es el caso de la diarrea aguda, promoción que se viene dando principalmente en el Sector Salud (MINSA): en Puestos y Centros de Salud, Hospitales, Clínicas, etc. y diferentes instituciones privadas(ONG) lo cual es positivo pero habría que seguir reforzando esta y otras prácticas más.

El 53.6% de madres continuaron la práctica de seguir amamantando a sus niños durante la diarrea, por su parte, Briceño¹⁰ encontró que casi todas las madres continuaban brindando este alimento a sus niños a pesar que la mayoría no conocían si era apropiado seguir ofreciéndolo, resultados similares fue encontrado por Cervantes¹⁵ y Ávila¹²; también se encontró que el 64.8% de las madres evitaron o restringieron el consumo de otras leches diferentes a la leche materna, principalmente fórmulas infantiles, similares resultados reportó Briceño¹⁰, el 9.6% de madres que brindan estas leches a sus niños lo preparaban inadecuadamente, proporción mucho menor a lo encontrado por Briceño(90%)¹⁰.

Respecto a las prácticas de administración de líquidos durante la diarrea, la mayoría de las madres (94%), a diferencia de lo encontrado por Briceño¹⁰, ENDES Continua 2010²¹ y Montoro¹⁷, suministraron líquidos en mayor cantidad como: infusiones¹⁷ (de manzanilla, anís, paico), agua (hervida), panetela¹⁷, suero comercial, y en menor cantidad, Gatorade, suero de rehidratación oral¹³ y suero casero, esta práctica resulta una parte fundamental del tratamiento de la diarrea del niño cuyo objetivo es prevenir y tratar la deshidratación, líquidos caseros(preparados en casa) como agua hervida, infusiones y la panetela, bajos en azúcar, además de las SRO, suero pediátrico comercial y el suero casero resultan ser muy eficaces, dependiendo del estado de hidratación del niño, por el contrario otros líquidos como: bebidas para deportistas,

refrescos artificiales o agua e infusiones con alto contenido de azúcar puede empeorar el cuadro diarreico; otro aspecto muy importante es su **frecuencia y forma de administración**, el cual fue analizado en este estudio encontrándose que la mayoría de las madres, independientemente de la edad y su nivel educativo, desconocen (84%) o no ofrecen (71%) líquidos a sus niños en los momentos que se recomiendan (después de cada evacuación líquida y cada vez que pida) lo que puede predisponer al niño a presentar algún grado de deshidratación, trayendo como consecuencia, debilitamiento de su estado de salud y su sistema inmune²⁷, este resultado difiere a lo encontrado por Cervantes¹³ quien obtuvo resultados más positivos; y con respecto a forma de administración el 31.8% madres, indistintamente de su edad y nivel de educación, emplearon biberones, vasos o tazas, el cual no garantiza una buena rehidratación en niños de estas edades, excepto en niños mayores en los que el uso de taza y vaso son aceptables siempre que se beba sorbos del líquido pausadamente³. Todos los niños deben cubrir sus requerimientos de líquidos, por medio de la solución de SRO, suero casero, panetela, leche, sopas y otros líquidos bajos en azúcar y sal durante la diarrea de cualquier tipo con o sin vómitos. Se recomienda que la forma de administración de los líquidos sea pausadamente en pocas cantidades, por lo que se sugiere usar sorbetes, cucharitas, cucharas y tazas, dependiendo de la edad, mas no usar biberones el cual tampoco garantiza una adecuada hidratación^{3,26}, pero esta práctica aun sigue muy arraigada en las personas que cuidan a los niños como se aprecia en este estudio.

Otro resultado encontrado que cabe resaltar, es con respecto al uso del biberón por la mayoría de madres, para ofrecer leche (75.6%) u otros líquidos (34.5%), es independiente a la edad y nivel educativo, esta práctica podría producir un nuevo episodio de diarrea y/o prolongar la enfermedad si la causa fuese una mala higiene en la preparación ó conservación del alimento (leche u otros líquidos) ó lavado del biberón²⁶.

La solución de las SRO y el suero casero casi no fueron utilizadas por este grupo de madres a diferencia de los resultados de la ENDES 2010²¹ que si fueron empleados por el 32.2 % y 12.9% respectivamente, a pesar que está demostrado la eficacia de esta sal, aún no está siendo promocionado su utilización en su totalidad, reflejo de esto son los resultados presentados en esta investigación.

La alimentación durante la diarrea debiera de mantenerse, sin mayores variaciones a la dieta habitual³, en este estudio se encontraron pocas madres que suspendieron completamente la alimentación (9.6%), pero casi la mitad disminuyeron la frecuencia de comidas, similar a lo encontrado por Montoro¹⁷; de las que continuaban, la mayoría de

ellas suministraban preparados a base de cereales (arroz, fideos, galletas, pan, maicena), tubérculos (papa, camote, chuño), carnes (pollo, hígado) y huevo, frutas y verduras y menestras (Ver Cuadro N° 12), similares resultados se encontró en el estudio de Briceño¹⁰. La mayoría de madres en este estudio (84%) optaron por suspender los siguientes alimentos: frutas (principalmente cítricos) y verduras, lácteos (principalmente leche evaporada), carnes y huevo, menestras (principalmente con cáscara), frituras (comidas y snacks), dulces (golosinas), cantidad similar a lo encontrado por Reyes y Rey¹⁶ y mayor en comparación a lo hallado por Briceño¹⁰ (74%). El 79% cambiaron la forma de preparación habitual de su comida principal, el almuerzo, bajo formas de: caldos, sopas, mazamoras, remedios caseros y "agüitas", similar a lo encontrado por Briceño¹⁰ (88%).

Los hallazgos nos demuestran que a pesar que se ha venido trabajado en la prevención y manejo de la diarrea infantil durante muchos años, desde instituciones del estado como el MINSA, en conjunto con la OMS/ OPS a través de la Estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y otras instituciones privadas (ONGs), aún no se ha logrado el impacto deseado en las personas encargadas del cuidado y alimentación del niño en la enfermedad, mientras tanto cada episodio de diarrea continua afectando la salud y el estado nutricional del niño, aunque este último sea motivo de discusión por algunos autores²⁸, pero lo que si queda claro es la preocupación de que los niños tengan periodos de privación de algunos o varios alimentos sin fundamento alguno y que por el contrario se debe mantener la dieta habitual, proporcionada en cantidad y calidad^{3,29,30}, además una adecuada ingesta de líquidos ayudará a una recuperación más rápida y no se observarán mayores consecuencias nutricionales. La presente investigación, pretende servir de apoyo para elaborar estrategias de intervención y/o reformular las existentes a fin de que se aborde este problema.

V. CONCLUSIONES

A nivel global, los conocimientos y las prácticas maternas sobre la alimentación del niño durante la enfermedad diarreica aguda no se vieron influenciados por su edad y su nivel educativo.

La mayoría de madres tuvieron conocimientos deficientes y prácticas inadecuadas sobre la alimentación del niño durante la enfermedad diarreica aguda.

A nivel de indicadores de conocimiento de las madres, se halló diferencias significativas en: conocimientos maternos con el nivel de educación de la madre, relacionado a la importancia del Suero de Rehidratación Oral (SRO) o suero casero ($p=0.004$) y su frecuencia de administración ($p=0.02$); también se encontró diferencias significativas en prácticas maternas con la edad de la madre con respecto a los alimentos que restringen durante la diarrea ($p=0.04$) y empleo de “remedios caseros” ($p=0.03$).

VI. RECOMENDACIONES

Este estudio se presenta como una línea de base, por lo que se sugiere continuar realizando investigaciones, sobre todo del tipo cualitativas, lo cual nos permitirá conocer y comprender los factores que determinan los conocimientos y prácticas de las madres, tanto de zonas urbanas y rurales; ya que durante décadas se dejó de lado estos tipos de investigaciones, pues se pensaba que ya estaban superados, sin embargo con la presente investigación se está demostrando lo contrario.

En base a los resultados encontrados, se recomienda desarrollar estrategias de intervención alimentario – nutricionales, desde las instituciones de salud, dentro de ello mejorando las acciones de la estrategia AIEPI, buscando aliados como a las ONGs u otras organizaciones sociales, para reducir el problema encontrado, no solo a través de capacitaciones sino también a través del entrenamiento de las madres, por medio de talleres prácticos, los cuales tendrían mayor impacto en la población objetivo.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) OMS. Programas y proyectos: Enfermedades Diarreicas. Agosto 2009. Dirección en internet: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/index.html>
- 2) Delgado, M., Hernán C. Conocimientos maternos sobre signos de peligro en diarrea aguda en el marco de la estrategia AIEPI. Colombia Médica Vol. 37 N° 4, 2006 (Octubre-Diciembre).
- 3) OPS. "Tratamiento de la diarrea: Manual Clínico para los Servicios de Salud" - 2008.
- 4) Semba R. et al. Nutrition and Health in Developing Countries. Humana Press Editor. Second edition. USA 2008.
- 5) Susmira R, Hurtado L. Incidencia de Campylobacter sp. en pacientes ambulatorios menores de cinco años con diarrea aguda en dos hospitales de Lima. 2008. Sitio en Internet:
<http://www1.inei.gob.pe/BiblioINEIPub/BancoPub/Est/Lib0816/resumen.pdf>
- 6) Moran A. Conocimiento materno sobre signos de alarma en niños enfermos en el AA.HH Villa Señor de los Milagros, Callao. Investigación operativa sobre AIEPI – UNMSM, 2002.
- 7) Ministerio de Salud. Análisis de la situación de salud del Perú. 1ra. ed. Lima: MINSA; 2002.
- 8) INEI. Resumen Ejecutivo - ENDES 2009 y 2010.
- 9) Elescano G. Influencia de los patrones culturales en el cuidado que dan las madres a sus niños con diarrea y vómitos. Lima- Perú 1976. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Pags.:86.
- 10) Briceño M. Conocimientos y prácticas alimentarias de las madres durante las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de tres años de la comunidad de Nueva Esperanza. Lima – Perú. 1991. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Pags.:94.

- 11) Aguilar D., Nivel Cognoscitivo de las madres que acuden a las unidades de emergencia y rehidratación oral del Instituto de Salud del Niño sobre el tratamiento y prevención de la diarrea aguda del lactante. Instituto de Salud del Niño. Lima-Perú 1991.
- 12) Ávila G. Conocimientos y Prácticas sobre Nutrición Infantil, Enfermedades Diarréicas y Respiratorias en Lempira, Honduras. Rev. Med. Hond. 2001; 69:Pag.:52-6.
- 13) Alvarez- Larrauri S. Las prácticas maternas frente a la enfermedad diarreica infantil y la terapia de rehidratación oral. Salud Pública de México / vol.40, no.3, mayo-junio de 1998.
- 14) Gutiérrez C, et.al. Intervención educativa para el manejo efectivo de diarrea en el hogar. Bol. Méd. Hosp. Infant. Méx. 2004; Vol. 61(1):19-28.
- 15) Cervantes I. Valoración del conocimiento de las madres sobre las diarreas y su prevención. Rev. Cubana Enfermería 2001; 17(1) Pag.:56-9.
- 16) Montoro F , et.al. Determinants of mothers' treatment of diarrhea in rural Ethiopia. Social Science & Medicine. Volume 31, Issue 11, 1990, Pages 1245-1249.
- 17) Pérez K. Hábitos dietéticos en lactantes con diarrea aguda hospitalizados en el Hospital pediátrico Barquesimito 2003.
- 18) Vanderlei C., Silva A. Diarréia aguda: o conhecimento materno sobre a doença reduz o número de hospitalizações nos menores de dois anos. Rev. Assoc. Med Sci. Vol.50 Nº3. São Paulo julio / septiembre 2004.
- 19) Reyes Y., Rey Y. Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención. Revista de Ciencias Médicas La Habana 2009; 15 (1).
- 20) López V. Conocimiento, actitudes y prácticas adoptadas por las madres de los niños menores de 5 años ingresados al servicio de gastroenterología del Hospital Materno Infantil "Fernando Vélaz Páiz". Nicaragua. 2008.
- 21) INEI. Encuesta demográfica y de Salud Familiar. ENDES Continua 2010.Informe Principal. Páginas: 222-231.

- 22) RESOLUCIÓN MINISTERIAL N^o 563-20111-MINSA. Prácticas de alimentación durante la enfermedad del niño. Diario El Peruano - 23 de julio de 2011.
- 23) Hernández R. et al. Metodología de la investigación. McGraw-Hill Interamericana. Segunda edición 1998. Pág.60.
- 24) Borda M., Tiesca R., Navarro E. Métodos Cuantitativos. Herramientas para la Investigación en Salud. Ediciones Unitorte. Segunda edición. Colombia 2009. Pág.: 125-126.
- 25) Fuentelsaz C., Icart M., Pulpón A. Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina. Publicaciones de la Universidad de Barcelona - España 2006. Pags.:59-60.
- 26) Lembecke J., Manejo dietético de la Diarrea Aguda en Niños: Una perspectiva en Países en Vías de Desarrollo. IIN 1994-014. Pags.:11-15.
- 27) Lanata C.F., López de Romaña G. Los biberones vehículos de contaminación fecal. Diálogo sobre la diarrea 1991. IIN.
- 28) Benguigui, C. Bernal, D. Figueroa. Manual de tratamiento de la diarrea en niños. OPS. 2da. ed. 2008.
- 29) Jacoby, E., Importancia relativa de la diarrea y la alimentación en el crecimiento de los niños: nuevas evidencias. Revista Peruana de Epidemiología - Vol. 5 N^o 2. Noviembre 1992.
- 30) Jacoby, E. Effectiveness of two methods of advising mothers on infant feeding and dietetic management of diarrhoea at an outpatient clinic in Peru. J Diarrhoeal. Dis Res. 1994 Mar; 12(1):59-64.

VIII. ANEXOS

ANEXO N°1:

VALIDACION DEL CUESTIONARIO Y CONCORDANCIA DE LOS JUECES

A) Prueba Binomial: Juicios de Expertos

CRITERIOS	JUECES								<i>p</i> value*
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema que se investiga	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3. La estructura del instrumento es adecuado.	1	0	0	1	1	1	1	1	0.109
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	1	1	0	1	1	1	0	1	0.109
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6. Los ítems son claros y entendibles.	1	0	1	1	1	1	1	1	0.031
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	1	1	0	1	1	1	1	1	0.031

Favorable = 1 (SI) Desfavorable = 0 (NO)

*Obtenido con la Prueba Binomial, si $p < 0.05$ la concordancia entre los jueces es significativa.

Se tuvo en cuenta las sugerencias de los jueces con respecto a los criterios 3 y 4.

B) Grado de concordancia de los jueces.

Grado de concordancia (%) =	$\left(\frac{T_{\text{acuerdos}}}{T_{\text{acuerdos}} + T_{\text{desacuerdos}}} \right) \times 100\%$
Grado de concordancia (%) =	$\left(\frac{50}{50 + 6} \right) \times 100\%$
Grado de concordancia (%) =	89.3 %

El 89.3% de las repuestas de los jueces concuerdan.



ANEXO Nº 2:



FORMULARIO Nº1: Entrevista a Madres

“Conocimientos y prácticas maternas sobre la alimentación durante la Enfermedad Diarreica Aguda en niños que acuden a una Unidad de Rehidratación Oral según edad y nivel de educación de la madre”

Fecha: ____/____/____

Nº de encuesta: ____

Responder el cuestionario, marcando con un aspa(X) las siguientes preguntas:

I. Datos Generales:

De la madre	Del niño
<ul style="list-style-type: none">• Edad de la madre: (1): Igual o menor de 24 años. (2): Mayor de 24 años.▪ Escolaridad de la madre: (1): Secundaria incompleta a menos. (2): Secundaria completa a más.▪ Distrito de residencia: _____▪ Abastecimiento de agua: a) Agua potable c) Pilón c) Pozo d) Cisterna▪ Eliminación de excretas: a) Desagüe b) Letrina c) Otros: _____	<ul style="list-style-type: none">• Sexo: (1) (2) Edad: _____mes(es). (1):Masculino ,(2):Femenino▪ Antecedentes de diarrea: (1) (2) (1):Si ,(2):No▪ Edad de introducción de los alimentos: (1): Menor de 6 meses. (2): Igual o mayor de 6 meses.▪ Tiene menajes y utensilios propios: (1): Si (2):No▪ Alimentación Habitual : a) Lactancia Materna b) Leche Maternizada c) Leche de Seguimiento (>=1 año) d) Leche evaporada/fluida e) Otros Alimentos como:<ul style="list-style-type: none">• Agüitas, infusiones _____• Semisólidos _____• Olla Familiar _____

II. Conocimientos a cerca de la alimentación del niño durante el episodio de diarrea aguda.

A. Conocimientos sobre tipo, cantidad y consistencia de leches durante la diarrea aguda.

1. ¿Qué tipo de leche debe tomar el niño durante la diarrea aguda?
 - a) Solo leche materna
 - b) Otras leches diferentes a la leche materna
 - c) Leche materna y otras leches.
 - d) Suspenderse
 - e) No sabe
2. ¿Es necesario cambiar la leche y/o fórmula láctea habitual del niño durante la diarrea por otra leche y/o formula sin lactosa o de soya?
 - a) Si
 - b) No
 - c) No sabe

3. Durante el episodio de diarrea del niño ¿Cómo debe ser la cantidad de leche materna que debe tomar?

- a) Aumentar
- b) Disminuir
- c) Mantenerse
- d) Suspenderse
- e) No sabe

4. Durante el episodio de diarrea ¿Cómo debe ser la cantidad de otras leches no maternas (Formulas lácteas, leche evaporada) que debe tomar el niño?

- a) Aumentar
- b) Disminuir
- c) Mantenerse
- d) Suspenderse
- e) No sabe

5. Durante el episodio de diarrea la frecuencia de mamadas o tomas de leche debe de:

- a) Aumentar
- b) Disminuir
- c) Mantenerse
- d) Suspenderse
- e) No sabe

6. Durante la diarrea la preparación de la leche del niño debe de:

- a) Mantenerse igual.
- b) Diluir un poco más.
- c) Más concentrado
- d) Suspenderse.
- e) No sabe.

B. Conocimientos sobre tipo, frecuencia, cantidad y consistencia de comidas y alimentos a evitar durante la diarrea aguda.

7. Durante el episodio de diarrea la frecuencia de comidas del niño debe de:

- a) Aumentar
- b) Disminuir
- c) Mantenerse igual
- d) No debe comer
- e) No sabe.

8. Durante el episodio de diarrea el número de comidas espesas (Puré, segundos) del niño debe de:

- a) Aumentar
- b) Disminuir
- c) Mantenerse
- d) No debe comer
- e) No sabe

9. ¿Qué preparaciones se le debe de ofrecer principalmente al niño durante la diarrea?

- a) Caldos y Sopas
- b) Segundos y purés
- c) Mazamorras
- d) Agüitas
- e) No sabe

10. ¿Qué alimentos se le debe de restringir o excluir durante el episodio de diarrea del niño?

- a) Frutas y verduras
- b) Grasas (Frituras) y Dulces
- c) Leche y derivados
- d) Menstras
- e) Otros.

C. Conocimientos sobre la solución del Suero de Rehidratación oral (SRO) y otros líquidos caseros.

11. ¿Cuál es la importancia de la solución de SRO o suero casero durante la diarrea del niño?

- a) Para que suba de peso
- b) Para que le calme la diarrea
- c) Para recuperar líquidos y sales minerales perdidos.
- d) Para que le calme la sed
- e) No sabe (Otro: _____)

12. Durante el episodio de diarrea del niño, solución del SRO o suero casero debe de tomarse:

- a) Sólo cuando tiene sed
- b) A cada hora durante la diarrea
- c) Después que haya pasado la diarrea
- d) Inmediatamente después de cada evacuación
- e) No sabe

13. ¿Qué ingredientes tiene el suero casero?

- a) Azúcar, sal y agua.
- b) Solo agua y arroz.
- c) Agua, arroz y azúcar
- d) Agua, arroz y sal.
- e) No sabe.

14. El consumo de líquidos durante la diarrea debe de:

- a) Aumentar
- b) Disminuir
- c) Mantenerse
- d) Suspenderse
- e) No sabe

15. ¿Conoce algún “remedio” (bebida u otra preparación) casero que se pueda ofrecer al niño durante la diarrea?

- a) Panetela de arroz
- b) Suero casero
- c) Refrescos naturales
- d) Otros: _____
- e) No conoce

III. Prácticas de alimentación del niño(a) durante el episodio de diarrea.

A. Prácticas sobre tipo, cantidad, consistencia y forma de administración de la leche durante la diarrea aguda.

1. ¿Qué tipo de leche ofrece principalmente a su niño(a) durante la diarrea?
 - a) Leche materna
 - b) Otras leches no maternas*
 - c) Le suspendió

*Si responde la alternativa "b", pasar a las preguntas 2,3 ,5 y 6.
2. ¿Ha cambiado la leche y/o formula láctea de su niño(a) con diarrea por otra leche de soya o sin lactosa? *(Solo si responde la alternativa "b" de la Preg. N°1)*
 - a) Si
 - b) No
3. ¿Cómo es la cantidad de leche que le da por cada toma a su niño(a) durante la diarrea con respecto a la cantidad habitual? *(Solo si responde la alternativa "b" de la Preg. N°1)*
 - a) Ha aumentado
 - b) Ha disminuido
 - c) No ha cambiado
4. ¿Cómo es la frecuencia de tomas y/o mamadas de leche que le ofrece a su niño(a) con diarrea con respecto a la frecuencia habitual?
 - a) Aumentado
 - b) Se mantiene igual
 - c) Disminuido
 - d) Se suspendió
5. ¿Cómo prepara la leche de su niño(a) durante la diarrea? *(Solo si responde la alternativa "b" de la Preg. N°1)*
 - a) Concentración normal
 - b) Más diluido
 - c) Más concentrado
 - d) Sólo le da en preparaciones
6. ¿Cuál de los siguientes utensilios emplea para ofrecerle la leche a su niño(a) durante la diarrea? *(Solo si responde la alternativa "b" de la Preg. N°1)*
 - a) Cucharita
 - b) Vaso/ Taza
 - c) Biberón

B. Prácticas sobre frecuencia, cantidad, consistencia de comidas y alimentos a evitar durante la diarrea aguda.

7. ¿Cuántas veces al día le da de comer a su niño(a) con diarrea?
 - a) 1-2 veces/día
 - b) 3-4 veces/día
 - c) 5-6 veces/día
 - d) Suspendió la alimentación *(Pasar a la parte C del cuestionario)*

8. ¿Qué preparaciones le ofrece principalmente a su niño(a) con diarrea?

- a) Sopas y caldos
- b) Segundos y purés
- c) Mazamorras
- d) Otros (Solo leche, agüitas y remedios caseros)

9. ¿Qué cantidad de comida le ha servido a su niño(a) con diarrea?

- a) Mas cantidad de lo habitual
- b) Menos cantidad de lo habitual
- c) Igual

10. Durante la diarrea de un niño(a) ¿Qué alimentos emplea en sus preparaciones?

- a) Cereales
- b) Tubérculos
- c) Frutas y verduras
- d) Carnes y huevos
- e) Otros: _____

11. ¿Qué alimentos le restringe o excluye a su niño(a) con diarrea?

- a) Lácteos
- b) Menestras
- c) Dulces
- d) Frutas y verduras
- e) Huevos
- f) Frituras
- g) No suspende ningún alimento
- h) Otros: _____

12. ¿Adiciona aceite a las comidas de su niño(a) con diarrea?

- a) Si.
- b) No

C. Prácticas sobre la administración de la solución de SRO y otros líquidos durante la diarrea aguda.

13. ¿Qué tipo de líquidos o bebidas le ofrece en mayor cantidad a su niño(a) con diarrea aguda?

- a) Suero comercial
- b) Solución de Sales de Rehidratación Oral (SRO)
- c) Suero casero
- d) Agua, infusiones
- e) Otro: _____

14. ¿Con que frecuencia le da la solución de SRO, suero casero, panetela u otros líquidos a su niño(a) con diarrea? *(Solo si la madre da alguna de las bebidas mencionadas en la pregunta N°13)*

- a) Cada hora
- b) Solo cuando tiene sed
- c) Después de cada deposición

15. ¿Cómo prepara usted el suero casero?

Según lo que relata la madre se marcará una de las alternativas.

- a) Si lo preparo de manera correcta
- b) No lo preparo de manera correcta
- c) No preparó

16. ¿Cuál de los siguientes utensilios emplea para ofrecerle la solución de SRO, Suero comercial, suero casero, panetela, u otros líquidos a su niño(a) con diarrea?

- a) Cucharita
- b) Vaso/taza
- c) Biberón
- d) Sorbete/jeringa
- e) No dio

17. ¿Da a su niño(a) algún remedio casero, diferentes a la panetela, durante la diarrea?

- a) Si (¿Cuál? _____)
- b) No



ANEXO Nº 3:



Consentimiento informado

“Conocimientos y prácticas maternas sobre la alimentación durante la Enfermedad Diarreica Aguda en niños que acuden a una Unidad de Rehidratación Oral según edad y nivel de educación de la madre”

Bachiller en Nutrición: Miriam Consuelo Valerio Cristóbal.

Propósito:

En nuestro país la Diarrea Aguda (DA) es una de las principales causas de mortalidad en niños menores de 2 años. Cada episodio priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento. En consecuencia, la diarrea es una importante causa de desnutrición, y los niños malnutridos son más propensos a enfermar por enfermedades diarreicas. Es muy importante no someter al niño a períodos de ayuno innecesarios, ya que el reposo intestinal y la ingesta inadecuada de alimentos pueden producir malnutrición, es por ello que la realimentación debe ser lo más precoz posible, pasada la fase de rehidratación.

Participación:

Este estudio pretende conocer la alimentación del niño menor de dos años durante el episodio de diarrea para así tomar acciones correctivas y preventivas, y así contribuir en la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad infantil.

Riesgos del estudio:

Este estudio no presenta ningún tipo de riesgo para Ud. El cuestionario es anónimo, el cuestionario consta de 25 preguntas, cada una de ellas con 4 alternativas, a excepción de 7 preguntas, deberá marcar la que considere que es la correcta, de preferencia no marque ninguna alternativa si no está segura. Se le dará 6 minutos como máximo para contestar todas las preguntas.

Beneficios del estudio:

Es importante señalar que con su participación usted contribuirá a mejorar los conocimientos en el campo de la salud, específicamente sobre la diarrea infantil.

Costo de la participación:

La participación en el estudio no tiene ningún costo para usted. Solo le tomara de 15 minutos (máx.) de su tiempo en contestarla.

Confidencialidad:

Toda la información obtenida en el estudio es completamente confidencial, solamente los miembros del equipo de trabajo conocerán los resultados y la información. Se le asignará un código a cada uno de los participantes y este número se utilizará para el análisis. Con esto ninguna persona ajena podrá conocer las profesiones de los participantes.

Requisitos de la participación:

Las madres de niños menores de 2 años con diagnóstico de EDA ,que ingresan al servicio de la Unidad de Rehidratación Oral (URO) del Instituto de salud del niño, entre los meses de Febrero a Abril del 2010.

Al aceptar la participación deberá firmar el consentimiento informado, con lo cual autoriza y acepta la participación en el estudio voluntariamente. Si usted no desea participar del estudio puede retirarse con toda libertad sin que esto represente algún gasto, pago o consecuencia negativa por hacerlo.

Donde conseguir información:

Para cualquier consulta queja o comentario comunicarse con Miriam Valerio Cristóbal al teléfono 993199306, donde gustosamente será atendido.

Declaración Voluntaria

Yo he sido informado(a) del objetivo del estudio, he conocido los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en el estudio es gratuita. He sido informada de la forma como se tomaran los datos. Estoy enterado(a) también que puedo dejar de participar en el estudio en el momento que considere necesario, o por alguna razón específica, sin que esto represente que tenga que pagar o alguna represalia de parte de la investigadora o de la Escuela de Nutrición de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Por lo anterior acepto voluntariamente participar en la investigación de:

“Conocimientos y prácticas maternas sobre la alimentación durante la enfermedad diarreica aguda en niños que acuden a una Unidad de Rehidratación Oral según edad y nivel de educación de la madre”

Nombre del participante: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

ANEXO Nº 4: ARCHIVOS FOTOGRÁFICOS



Fotografía Nº 1: Aplicación de la encuesta a la madre de la niña de 15 meses con indicación de alta de la URO del INSN.



Fotografía Nº 2: Aplicación de la encuesta a la madre del niño de 11 meses, durante la terapia de rehidratación oral con la solución de SRO en la URO del INSN. Abril 2010.



Fotografía N° 3: Recomendaciones sobre la alimentación durante el episodio de diarrea aguda de la niña de 19 meses de brindada a la madre después de la aplicación de encuesta en la URO del INSN. Marzo 2010.

Anexo Nº 5. Glosario de términos

Enfermedad Diarrea Aguda (EDA): se define como un cambio súbito en el patrón de evacuación intestinal normal del individuo, caracterizado por aumento en la frecuencia y disminución en la consistencia de las deposiciones durante tres días, siendo este último el más importante, con presencia o no de sangre. Se puede acompañar de signos y síntomas como náuseas, vómitos, fiebre o dolor abdominal. La causa más frecuente es la infección gastrointestinal causada por virus, seguida de bacterias y parásitos. La diarrea refleja un aumento en la pérdida a través de las heces de sus principales componentes: agua y electrolitos (sodio, cloruro, potasio y bicarbonato). El término agudo viene dado de ser habitualmente un proceso de carácter auto limitado, con una duración menor de 2 semanas.

Episodio diarreico: Es el momento comprendido desde el inicio de la diarrea, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la expulsión de tres o más deposiciones líquidas con o sin sangre en 24 horas que adopten la forma del recipiente que las contiene, hasta cuando hace deposiciones normales por lo menos 48 horas después de la diarrea propiamente dicha.

Sales de Rehidratación Oral (SRO): Compuesto de sales que proveen de sodio, potasio, cloro, citrato y glucosa al organismo. Su distribución ha sido promocionada por la OMS, principalmente en países pobres donde la infraestructura higiénica y sanitaria es deficiente, su composición es la siguiente: Sodio (75 mmol/l), Cloruro (65 mmol/l), Glucosa anhidra (75 mmol/l), Potasio (20 mmol/l) y Citrato (10 mmol/l), tiene una osmolaridad de 245 mmol/l.

Suero Casero (SC): Es una mezcla casera a base de azúcar, sal y agua hervida, indicado para el uso durante la diarrea con o sin signos de deshidratación. Su preparación debe contener 3 g/l de sal de mesa (una cucharadita rasa) y 18 g/l de azúcar común.

Terapia de Rehidratación Oral (TRO): La Terapia de Hidratación Oral consiste en la reposición de los líquidos y electrolitos que se pierden durante los episodios de diarrea, a fin de prevenir y tratar la deshidratación. Los líquidos recomendados por la OMS, son: el suero de rehidratación oral (solución de las SRO), suero casero,

panetela, sopa con sal, jugo de frutas sin azúcar, y en general todos los líquidos no endulzados.

Unidad de Rehidratación Oral: Es uno de los servicios hospitalarios dedicados exclusivamente a pacientes con pérdidas de líquidos, producto de procesos diarreicos principalmente, cuenta en forma permanente con personal médico especializado en atender estas y otras enfermedades prevalentes de la infancia, el personal de enfermería tienen como tarea fundamental el de educar a la madre sobre la correcta administración de líquidos a su niño para que lo pueda replicar en su hogar, y de esa manera prevenir o tratar la deshidratación.